

Camila Faria Dias

“O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BAURU:  
PERSPECTIVA DOS GESTORES”

**UNESP- Botucatu  
2010**

Camila Faria Dias

“O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BAURU:  
PERSPECTIVA DOS GESTORES”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, do mestrado Profissional em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani**

**UNESP- Botucatu  
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Dias, Camila Faria.

O sistema de referência e contra-referência na estratégia saúde da família no município de Bauru: perspectiva dos gestores / Camila Faria Dias. - Botucatu, 2010

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Capes: 40602001

1. Serviços de enfermagem – Avaliação. 2. Programa Saúde da Família (Brasil). 3. Sistema Único de Saúde (Brasil).

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Sistemas de saúde; Sistema Único de Saúde; gestão em saúde.

Nome: Camila Faria Dias

Título: O sistema de referência e contra-referência na Estratégia Saúde da Família no município de Bauru: perspectiva dos gestores.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

Profº Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profº Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profº Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



*Dedicatória*

*Agradeço a Deus pelo  
dom da vida e a coragem  
para nunca desistir diante  
das dificuldades impostas  
no caminho;*

*A meu pai Sebastião,  
exemplo de humildade e caráter,  
qualidades imprescindíveis de  
um ser humano;*

*A minha mãe Clarice pela esperança  
e persistência, sem os quais não teria  
atingido mais uma meta na minha  
vida;*

*A minha irmã Fabiana pela  
companhia e dedicação. E ao meu  
sobrinho Matheus pela alegria de sua  
existência.*

*A vocês, meus familiares, dedico este trabalho*

---



*Agradecimentos Especiais*

*À professora Carmen Maria Casquel Monti Juliani, minha orientadora, por seu apoio, confiança, paciência e carinho, sem os quais não teria concretizado este sonho.*

---



*À Secretaria Municipal de Saúde do município de Bauru e aos profissionais das equipes de saúde das Unidades de Saúde da Família e Secretaria de Saúde, pois sem suas contribuições, este trabalho não teria sido possível.*

---



*Agradecimentos*

*Ao José Fernando Casquel Monti, secretário da Saúde por autorizar a realização desta pesquisa.*

*Ao José Celso pela revisão do texto.*

*Às professoras da Faculdade de Enfermagem da UNESP: Wilza e Heloisa, pela contribuição concedida no exame de qualificação.*

*A minha equipe de Saúde da Família pela paciência e compreensão durante as minhas ausências.*

*Às Bibliotecárias da UNESP, pela revisão das referências.*

*Ao pessoal do GAP pela tradução do resumo.*

*A amiga Natália Alves e Claudia pela colaboração na formatação.*

*Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, por efetivar e contribuir com nosso aperfeiçoamento profissional.*

---



*Resumo*

Dias CF. Juliani CMCM. O sistema de referência e contrarreferência na Estratégia Saúde da Família no município de Bauru: perspectiva dos gestores. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2010.

O Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente passa por grandes transformações e conquistas, acompanhadas por algumas dificuldades na consolidação dos seus princípios. O funcionamento do sistema de referência e contrarreferência em saúde, proposto para contribuir com a garantia dos princípios de integralidade, equidade e universalidade, é um desafio que enfrentamos. Faz-se necessário um sistema de referência e contra-referência que funcione de forma a promover a integração entre os serviços, para que em rede possam oferecer uma assistência de qualidade ao usuário. O objetivo desta pesquisa foi compreender a organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde na Estratégia Saúde da Família no município de Bauru/SP, a partir da experiência dos gestores que vivenciam essa prática. A pesquisa, qualitativa, utilizou o referencial da fenomenologia. Foram entrevistados gestores da ESF do município e chefias das unidades, totalizando seis entrevistados. Emergiram dos depoimentos três categorias: Categoria A: O sistema de saúde, com os temas: política de Saúde, não garantia da integralidade, resolubilidade, lógica/modelo dominante no sistema e cultura da população; Categoria B: O funcionamento do sistema de referência e contra-referência, cujos temas foram a visão do sistema de referência e contra-referência, operacionalização da referência no município, importância da reorganização da referência, importância da contrarreferência e desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários; Categoria C: Fatores estruturais do sistema local de saúde. abrangendo os temas demanda reprimida, organização dos serviços, atenção básica insuficiente, priorização das vagas urgências/emergências, retrabalho e custos para o sistema, perspectivas de melhoria da rede de atenção a saúde, perspectivas para o matriciamento. Os dados apontam um sistema ainda fragmentado, embora venham sendo empreendidas melhorias e que uma rede de saúde depende da melhoria do sistema, em especial da contra-referência e da implantação de um sistema de informação que possibilite comunicação efetiva entre os serviços.

Palavras-chave: Sistemas de saúde; Sistema Único de Saúde; Acesso aos serviços de saúde; gestão em saúde.

---



*Abstract*

Dias CF, Juliani CMCM. The referral and counter-referral system in the Family Health Strategy in the city of Botucatu: the managers' perspective. [Thesis]. Botucatu: School of Medicine, Univ Estadual Paulista; 2010.

The Unified Health System (SUS) has undergone great changes. It has also made great achievements that have been accompanied by difficulties in the consolidation of its principles. The functioning of the health referral and counter-referral system, which has been proposed in order to contribute so as to ensure the principles of integrality, equity and universality, is a challenge that has been faced. A referral and counter-referral system that works so as to promote integration between the services is necessary in order to provide quality care to users in the form of a network. This study aimed at understanding the organization of the referral and counter-referral system in the context of the Unified Health System in the Family Health Strategy in the city of Botucatu/SP based on the experience of managers who live such practice. The qualitative research used the phenomenology framework. ESF managers in the city as well as health unit managers were interviewed, totaling 06 respondents. Three categories emerged from their statements: Category A: The health system, with the following themes: health policy, non-guarantee of integrality, resolubility, logic/dominant model in the system and the population's culture; Category B: the functioning of the referral and counter-referral system, whose themes were the view of the referral and counter-referral system, referral operationalization in the city, importance of referral re-organization, importance of counter-referral and communication challenges between care levels and users; Category C: structural factors of the local health system, including the following themes: repressed demand, service organization, insufficient primary care, prioritization of places for emergencies, re-work and costs for the system, perspectives of improvement in the health care network, perspectives for matrix-based strategies. The data show a system that is still fragmented although improvements gave been undertaken. They also show that a health care network depends on improving the system, particularly counter-referral and the implantation of an information system that enables effective communication between the services.

Key words: Health Systems; Unified Health System; Access to health services; health management.

---



*Resumen*



Dias CF, Juliani CMCM. El sistema de referencia y contrarreferencia en la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Bauru: perspectiva de los gestores. [disertación]. Botucatu: Facultad de Medicina, Universidad del Estado de São Paulo; 2010.

El Sistema Único de Salud (SUS) actualmente pasa por grandes transformaciones y conquistas, acompañadas por algunas dificultades en la consolidación de sus principios. El funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en salud, propuesto para contribuir con la garantía de los principios de integralidad, equidad y universalidad, es un desafío que enfrentamos. Hace falta un sistema de referencia y contrarreferencia que promueva la integración entre los servicios para que en red puedan ofrecer una asistencia de calidad al usuario. El objetivo de esta investigación fue comprender la organización del sistema de referencia y contrarreferencia en el contexto del Sistema Único de Salud en la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Bauru/SP, a partir de la experiencia de los gestores que viven esa práctica. La investigación, cualitativa, hizo uso del referencial de la fenomenología. Se entrevistó a gestores de la ESF del municipio y jefaturas de las unidades, totalizando seis entrevistados. Emergieron de los testimonios tres categorías: Categoría A: El sistema de salud, con los temas: política de Salud, no garantía de la integralidad, resolubilidad, lógica/modelo dominante en el sistema y cultura de la población; Categoría B: El funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, cuyos temas fueron la visión del sistema de referencia y contrarreferencia, la operacionalización de la referencia en el municipio, la importancia de la reorganización de la referencia, la importancia de la contrarreferencia y los desafíos de la comunicación entre los niveles de atención y usuarios; Categoría C: Factores estructurales del sistema local de salud, abarcando los temas demanda reprimida, la organización de los servicios, la atención básica insuficiente, la priorización de las plazas en urgencias/emergencias, las duplicaciones de trabajos y los costos para el sistema, las perspectivas de mejoría de la red de atención a la salud, las perspectivas para la retaguardia especializada a los equipos. Los datos apuntan un sistema todavía fragmentado aunque se han estado emprendiendo mejorías y una red de salud depende de la mejoría del sistema, sobre todo de la contrarreferencia y de la implantación de un sistema de información que posibilite una comunicación efectiva entre los servicios.

Palabras clave: Sistemas de salud; Sistema Único de Salud; Acceso a los servicios de salud; gestión en salud.

---



## *Lista de Abreviaturas e Siglas*

|              |                                      |
|--------------|--------------------------------------|
| <b>CF-</b>   | Constituição Federal                 |
| <b>PSF-</b>  | Programa Saúde da Família            |
| <b>ESF-</b>  | Estratégia Saúde da Família          |
| <b>SUS-</b>  | Sistema Único de Saúde               |
| <b>DST-</b>  | Doença Sexualmente Transmissível     |
| <b>AIDS-</b> | Acquired Immune Deficiency Syndrome  |
| <b>NOBs-</b> | Normas Operacionais Básicas          |
| <b>NOAS-</b> | Norma Operacional de Atenção à Saúde |
| <b>SMS-</b>  | Secretaria Municipal de Saúde        |
| <b>DRS-</b>  | Departamento Regional de Saúde       |
| <b>ACS-</b>  | Agente Comunitário de Saúde          |
| <b>USF-</b>  | Unidade Saúde da Família             |
| <b>APS-</b>  | Atenção Primária em Saúde            |
| <b>HIV-</b>  | Human Immunodeficiency Vírus         |
| <b>AB-</b>   | Atenção Básica                       |

---



## *Lista de Ilustrações*

|   |     |
|---|-----|
| FIGURA 1 - Sistema Poliárquico.....           | 40  |
| FIGURA 2 - Temas e categorias.....            | 159 |
| QUADRO 1 - Perfil dos sujeitos do estudo..... | 65  |



## *Sumário*

---

|  |     |
|--|-----|
| 1. INTRODUÇÃO.....   | 24  |
| 1.1 O interesse em desenvolver o estudo.....                 | 25  |
| 1.2 Histórico do Sistema de Saúde no Brasil.....             | 27  |
| 1.3 O Programa Saúde da Família .....                        | 31  |
| 1.4 O Sistema de referência e contra referência.....         | 35  |
| <br>   |     |
| 2. OBJETIVO.....   | 50  |
| <br>   |     |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....                     | 52  |
| 3.1 A Fenomenologia como vertente metodológica.....          | 53  |
| 3.2 A trajetória metodológica do estudo.....                 | 58  |
| 3.3 Caracterizando a região do estudo.....                   | 59  |
| 3.4 Delimitando a região do inquérito.....                   | 60  |
| 3.5 Obtendo as descrições.....                               | 61  |
| 3.6 Analisando as descrições.....                            | 62  |
| <br>   |     |
| 4. CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS.....                            | 64  |
| 4.1. ANÁLISE IDEOGRÁFICA.....                                | 66  |
| 4.2. ANÁLISE NOMOTÉTICA.....                                 | 74  |
| 4.2.1 ORGANIZAÇÃO DOS TEMAS E DAS CATEGORIAS.....            | 74  |
| <br>   |     |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                                 | 160 |
| <br>   |     |
| 6. REFERÊNCIAS.....  | 163 |
| <br>   |     |
| 7. ANEXOS.....   | 180 |
| Anexo I – Aprovação do CEP.....                              | 181 |
| Anexo II - Termo de consentimento livre e esclarecido .....  | 182 |
| Anexo III - Instrumento para realização da entrevista .....  | 183 |
| Anexo IV – Modelo de análise do depoimento.....              | 184 |
| Anexo V – CD com depoimentos na íntegra e quadros analíticos |     |

---



## *1. Introdução*



## 1.1 O INTERESSE EM DESENVOLVER O ESTUDO

O interesse em desenvolver este estudo surgiu do fato de considerarmos o sistema de referência e contrarreferência um dos pontos importantes da assistência em saúde. Observamos que quando este sistema não funciona, o problema que levou o paciente a procurar o serviço de saúde muitas vezes não é resolvido na sua totalidade, seja pelas grandes filas no sistema de referência, seja pela contrarreferência inexistente na maioria das vezes.

Atualmente atuo como enfermeira no município de Bauru, na Estratégia Saúde da Família. O interesse pelo tema reforçou-se quando iniciei o curso de especialização em gestão de hospitais e sistema de saúde. No curso, comecei a obter conhecimento nessa área de gestão em saúde, tentando entendê-la na perspectiva da consolidação do Sistema único de Saúde (SUS) através de seus princípios, ampliando a visão em relação ao seu funcionamento, e conseqüentemente, ao sistema de referência e contrarreferência.

Tive a oportunidade de cursar a disciplina em gestão dos serviços de saúde como aluna especial no mestrado (UNESP), o que acrescentou ainda mais conhecimentos em relação às políticas de saúde, buscando assim cada vez mais desvendar a teoria versus prática diária, no que se refere ao SUS. Para isso, foi necessário pesquisar a história do sistema de saúde no Brasil, a fim de tentar entender o que acontece hoje em nosso país.

---

---

O Sistema Único de Saúde é muito amplo e para obtermos sua consolidação na forma plena muito tem que se caminhar, no entanto, se não soubermos e entendermos sua política, fica difícil alcançarmos este objetivo.

Neste projeto, serão analisados depoimentos dos gestores que vivenciam o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Bauru, por ser o município de minha área de atuação profissional. A partir daí, analisaremos a situação atual de encaminhamento dos usuários, o que influencia diretamente na qualidade do serviço prestado, na resolubilidade e conseqüentemente na garantia da integralidade da atenção.

As indagações que nos levaram a esta investigação foram: o atendimento aos usuários da ESF no sistema de saúde está adequado às recomendações legais? Como os serviços e gestores estão operando o pacto para que o atendimento integral ocorra? Que experiência as chefias acumulam a respeito do funcionamento do sistema?

A justificativa do estudo reside no fato de que a melhor compreensão da vivência dos gestores em relação ao funcionamento do sistema de referência e contrarreferência poderá contribuir com minha prática e ainda com sugestões para os gestores do sistema que permitam o aprimoramento do mesmo no sentido da busca das garantias constitucionais aos usuários do SUS.

Para melhor elucidar a temática, apresentaremos uma revisão bibliográfica que abordará alguns tópicos: “Histórico do Sistema de Saúde no Brasil”, “O Programa Saúde da Família”, “O sistema de referência e contrarreferência” .

---

---

## 1.2 HISTÓRICOS DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal (CF) de 1988 que incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes propondo uma nova lógica organizacional. O artigo 198 da CF, que constitui o SUS, determina que “as ações em serviço de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único” <sup>(1)</sup>.

O processo de efetivação da implantação do SUS se deu por meio de duas Leis Orgânicas da Saúde, a Lei 8080/90 e 8142/90. A Lei 8080/90 institui como preceitos a saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde incluindo sua determinação social; o SUS como universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação e incorporação do modelo epidemiológico. Institui também os princípios que regem sua organização, como: Regionalização, Descentralização, Participação dos cidadãos e Complementaridade do setor privado. A Lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências <sup>(2,3)</sup>.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) foram criadas como instrumento jurídico – institucional, editado periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implantação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS <sup>(4)</sup>.

---

---

Em 2006, os gestores do SUS assumiram um compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, que tem os termos de compromisso de gestão anualmente revisados, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas.

Uma das prioridades do pacto pela saúde é o Fortalecimento da Atenção Básica através da Saúde da Família como estratégia prioritária. Atenção Básica ou Primária em Saúde refere-se aos cuidados primários de saúde que a população necessita, e que são adquiridos nas unidades básicas de saúde e na Estratégia Saúde da Família, portas de entrada do sistema.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social <sup>(5)</sup>.

---

---

A garantia de atenção integral significa a possibilidade operacional de concretização do direito constitucional de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema para a resolução dos problemas de saúde, de forma contínua, com serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. A universalidade implica a garantia do acesso aos serviços básicos de saúde, considerados como a “porta de entrada” do sistema, que devem estar integrados aos outros níveis de atenção da rede de unidades assistenciais, a fim de resolver questões de saúde que extrapolam o limite de resolubilidade da atenção básica, baseado em redes integradas, regionalizadas e hierarquizadas <sup>(6)</sup>.

A experiência como enfermeira na Estratégia Saúde da Família permite observar que, essa forma de organização do serviço citada acima, que é a ideal, muitas vezes fica dificultada na prática. E esta deficiência é encontrada não só na ESF como também nas unidades de saúde, pois as referências são as mesmas. No entanto, apesar das dificuldades, não podemos esquecer a importância da ESF a fim de garantir os princípios do SUS

O Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que remonta a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. O PSF foi lançado como Política Nacional de Atenção Básica com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseado em profissionais médicos especialistas. Atualmente recebe o nome de Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem como concepção o modelo assistencial de Vigilância da Saúde <sup>(7)</sup>.

---

---

Comparando a concepção de Vigilância da Saúde com os modelos assistenciais vigentes (médico-assistencial e sanitaria, hegemônicos), constatam-se as diferenças com relação aos sujeitos, objeto, métodos e forma de organização dos processos de trabalho. Enquanto o modelo médico-assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença em sua expressão individualizada e utiliza como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias, o modelo sanitaria tem como sujeitos os sanitarias, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitaria (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, etc.)<sup>(7)</sup>.

A Vigilância da Saúde, todavia, propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitarias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde<sup>(7)</sup>.

---

---

### 1.3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O chamado movimento de medicina de família tem sua entrada nos países da América Latina e no Brasil na década de 1970, em um momento que Paim <sup>(8)</sup> conceituou como *fase acadêmica* do mesmo, com a realização de inúmeras reuniões e seminários sediados em universidades.

Houve vários conflitos que marcaram o advento e a implantação das várias propostas de medicina de família ou similares no Brasil, sem que nenhuma delas tenha chegado à hegemonia no Sistema de Saúde <sup>(8)</sup>.

Foi nos anos 90 que realmente houve uma revalorização do tema família no debate político nacional. Neste cenário, devido ao aumento da criminalidade entre crianças e adolescentes aliada às epidemias de dengue e cólera é que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) se expande e intensifica sua ação <sup>(9)</sup>.

Independente dos movimentos contrários e da derrota do “movimento preventivista-social” à lógica capitalista que orienta o processo médico-industrial, o debate se firmava, mas também se esgotava na ideologia dominante do saber médico <sup>(10)</sup>.

A proposta de Saúde da Família somente alcançaria sua maturidade nos anos 1990, caminhando para um estatuto de política pública no Brasil. Seria o início da mudança de modelo em saúde deslocando-se do eixo curativo para o preventivo, da ação monosssetorial para a intersetorial, da exclusão para a universalidade <sup>(11)</sup>.

---

---

Somente em 1994 é que se discute a “introdução da família” nas políticas sociais brasileiras, situando-a em três modalidades de ação: programa de geração de renda e emprego, programas de complementação de renda familiar e rede de serviços de apoio. É nesta última categoria que se inserem programas do tipo PSF, que podem variar quanto ao foco de ação <sup>(10)</sup>.

Mudada esta conjuntura, após a 9ª Conferência Nacional de Saúde, uma nova correlação de forças permitiu iniciativas mais avançadas, como a política de descentralização das ações e serviços de saúde mediante a Norma Operacional Básica, 1993 (NOB-93), e o desenvolvimento do PSF foi concebido como indutor de mudanças do modelo assistencial <sup>(12)</sup>.

Esta opção por estruturar “equipes de saúde da família” distanciava-se do movimento do “médico de família”, ainda que reforçasse alguns elementos da proposta original, como a humanização do cuidado e o vínculo entre serviços e usuários <sup>(13)</sup>.

A escolha pela Organização das Nações Unidas (ONU) do ano de 1994 como o Ano Internacional da Família valorizou conceitos de família e comunidade, promovendo impacto indireto sobre a política brasileira <sup>(14)</sup>.

O surgimento do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com sua realidade local. Destaca-se o fato de o PSF inserir-se no escopo das políticas públicas de saúde, no contexto do SUS <sup>(11)</sup>.

---



---

Dessa forma, a unidade básica de saúde, sob princípios do PSF, não deve ser vista somente como a porta de entrada do sistema local de saúde, mas também como a porta para a reorientação do modelo tradicional (curativo, hospitalocêntrico e medicocêntrico), exigindo integração entre os vários níveis de atenção à saúde <sup>(15)</sup>.

Uma das principais estratégias é sua capacidade de propor e gerar alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, de educação, cultura, de transporte e meio ambiente, entre outras. Ao focar ações sobre os determinantes dos problemas de saúde e aquelas necessárias à redução de danos sociais, a operacionalização da promoção e prevenção em saúde dentro do PSF requer um trabalho com os múltiplos setores nos quais estes problemas estão instalados, sendo, portanto, a intersectorialidade um princípio fundamental a ser observado <sup>(16)</sup>.

A intersectorialidade representa outro desafio para políticas públicas que, apesar de sua importância, encontra dificuldades em sua implementação, devido à persistência da fragmentação e desarticulação do modelo administrativo tradicional dos serviços de saúde vigente. Sua implementação exige mudanças importantes nas práticas e na cultura organizacional das administrações públicas, pois as dificuldades encontradas decorrem da forte resistência ainda apresentada pelos diversos setores envolvidos <sup>(16)</sup>.

Essa mudança configura uma nova prática de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, e implica ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e o atendimento médico individual, bem como entre as práticas educativas e assistenciais <sup>(11)</sup>.

---

---

Entretanto, é necessário destacar que as mudanças em termos de modelo assistencial compreendem componentes técnicos e políticos. Entre estes últimos, podem-se incluir elementos qualitativos envolvendo os atores sociais e suas dificuldades, a estrutura política e sanitária do país, e outros fatores que repercutem sobre o objeto saúde e sua dimensão técnica <sup>(17)</sup>.

Para que essa nova proposta alcance os objetivos desejados, faz-se necessária a presença também de um novo profissional, capaz de atuar com sensibilidade, criatividade e senso crítico, mediante uma prática mais humanizada, competente e resolutiva <sup>(11)</sup>.

Neste momento, em que o modelo de saúde centrado no profissional médico e no hospital encontra-se saturado e o enfermeiro vem assumindo o papel de coordenação nas equipes de saúde do PSF, o aprofundamento de estudos sobre como se tem vivenciado esse novo desafio e a importância desse novo processo de trabalho pode representar um caminho que se apresenta.

O Programa Saúde da Família passa a ser considerado uma estratégia que visa reverter o modelo assistencial tradicional, centrado no hospital e orientado para a cura de doenças, por outro centrado na família com incorporação de intervenções que ultrapassam as práticas curativas, baseadas numa melhor compreensão do processo saúde/doença através da criação de vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais da saúde e a população <sup>(18)</sup>.

Percebe-se que a estratégia saúde da família visa reorganizar a atenção básica e reorientar o sistema de saúde, levantando as duas questões essenciais da presente pesquisa, as quais são o acesso à atenção básica de saúde e a construção das referências aos demais níveis de complexidade.

---

---

O Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) foi regulamentado em 2008 e tem como objetivo a ampliação da abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. . Estes núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado <sup>(19)</sup>.

#### 1.4 O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

O sistema de referência e contrarreferência na saúde consiste no encaminhamento de usuários de acordo com o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde.

Referência refere-se ao ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade, e contrarreferência refere-se ao ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência <sup>(20)</sup>.

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população <sup>(21)</sup>.

---

---

Os sistemas de atenção à saúde apresentam os seguintes objetivos: i. O alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; ii. A garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; iii. O acolhimento humanizado de todos os cidadãos; iv. A garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade; v. A garantia da prestação de serviços com eficiência <sup>(22)</sup>.

O Sistema de Referência e Contrarreferência diz respeito a uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa na unidade de saúde da família, porta de entrada do sistema, e estende-se até às estruturas de alta complexidade e que proporciona o fluxo orientado dos pacientes nos dois sentidos. Um bom funcionamento deste sistema poderá contribuir para uma maior resolubilidade, uma vez que a grande maioria dos casos deverá ser atendida e resolvida à entrada do sistema, rompendo as grandes filas e aliviando as pressões sobre as estruturas de referência da retaguarda. Além disso, os casos só seriam referenciados após um adequado estudo prévio realizado à entrada do sistema, o que facilitaria a intervenção e reduziria o tempo de permanência na estrutura de referência <sup>(18)</sup>.

O SUS preconiza, dentro de suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção deve ser constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente, configurando, basicamente, três níveis de atenção: as unidades de atenção primária, que são ambulatoriais e devem ser providas com profissionais com formação geral e capacidade cognitiva para oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; as unidades de atenção secundária, que podem ser cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência; e as unidades de atenção terciária, geralmente, constituídas pelos centros hospitalares,

---

---

com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar. Agregados a essa rede, existem os serviços de atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com a Regulação Médica (RM) <sup>(23)</sup>.

Após o atendimento especializado, o paciente deverá ser contrarreferenciado à estrutura de entrada que o encaminhou munido do relatório que descreve a sua condição clínica com recomendações para o seguimento ulterior. Uma alta eficiência do sistema de referência e contrarreferência enquadra-se no princípio da integralidade da atenção prevista no Programa Saúde da Família e reforça a resolubilidade por proporcionar ao paciente um seguimento contínuo, até a resolução do caso, independentemente de sua complexidade <sup>(18)</sup>.

No entanto, quando falamos de hierarquia esses sistemas de atenção à saúde ficam fragmentados, sendo aqueles que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se comunicam com a atenção terciária à saúde. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as redes de atenção à saúde, são aqueles organizados através de uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde <sup>(24)</sup>.

---

---

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vige uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Esta concepção de sistema hierarquizado vige no SUS que se organiza segundo suas normativas em atenção básica, atenção de média e de altas complexidades. Tal visão apresenta sérios problemas. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Nas redes de atenção à saúde, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde <sup>(24)</sup>.

A rede de serviços de saúde no país foi sendo construída e implantada ao longo dos anos na lógica da oferta e não da necessidade de saúde da população, sem o compromisso com o princípio da escala; de forma fragmentada, ou seja, sem comunicação entre os diferentes pontos de atenção; a rede é muito polarizada entre atenção ambulatorial e hospitalar, existindo poucos pontos de atenção à saúde não convencionais; em função da baixa escala, há baixa produtividade e a qualidade fica comprometida, os serviços não são integrados e poucos conhecem os problemas de saúde na região que atuam, e não têm vinculação com a clientela; os recursos são despendidos para a realização de procedimentos e tratamentos que não têm impacto na saúde da população, trabalhadores de saúde não estão preparados para

---

---

atender às condições crônicas e interagir com o usuário estimulando a autonomia; e o usuário do sistema também está insatisfeito com a atenção recebida <sup>(24)</sup>.

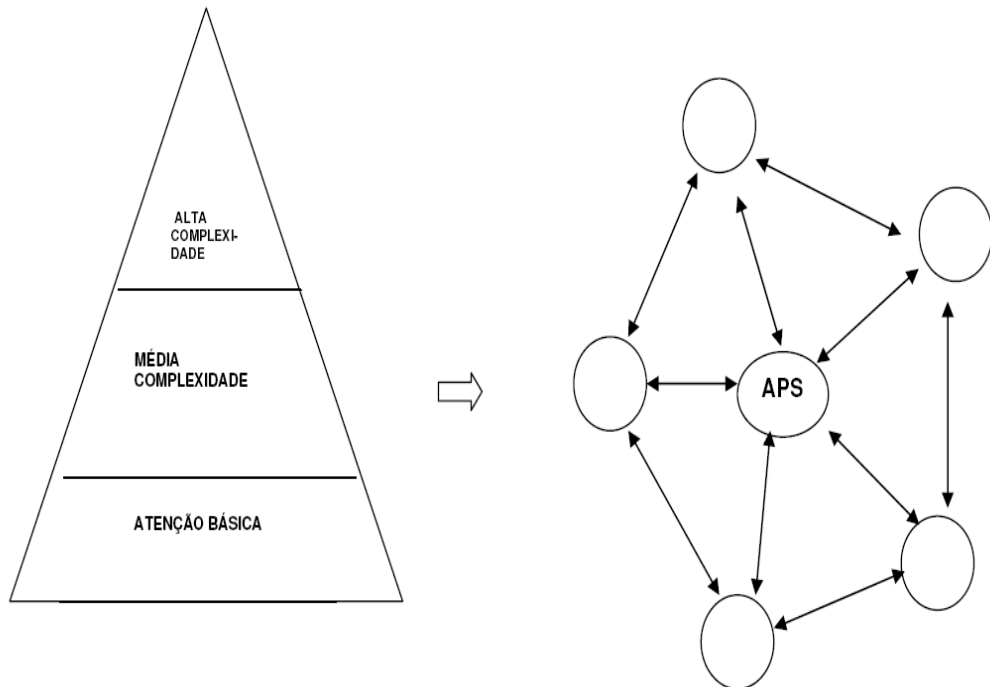
Assim, nas redes de atenção à saúde, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde <sup>(24)</sup>.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo oportuno, no lugar certo, com o custo adequado, com qualidade, com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população. Desta definição, emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas para sua população; são organizadas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; implicam a atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; operam sob coordenação da atenção primária à saúde; e prestam atenção oportuna, em tempo e lugares certos e com a qualidade <sup>(24)</sup>.

---

FIGURA 1- Sistema poliárquico

DO SISTEMA HIERÁRQUICO PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE POLIÁRQUICA



FONTE: CONASS. Secretaria do Estado da Saúde de Piauí. Oficina rede de atenção à Saúde no SUS. Guia do Participante. 2008

Para que se garanta o princípio da integralidade da assistência, contemplado pelo SUS, faz-se necessária a consolidação de um sistema efetivo de referência e contrarreferência, porque, embora a atenção básica tenha certa autonomia em relação às ações de prevenção — principalmente no que se refere à educação em saúde —, há uma interdependência de todo o sistema de saúde para o desenvolvimento da promoção, proteção, recuperação da saúde e garantia do caráter integral do cuidado <sup>(25)</sup>.

É fundamental que a retaguarda de qualquer tipo respeite o eixo de organização do modelo que é a “rede básica de serviços” e, portanto, ela não pode ser autônoma na captação de clientela e na sua relação tecnológica com os níveis básicos. Esta retaguarda deve contemplar os ambulatórios de especialidades,



---

dimensionados em função das ações da “rede”, e os serviços de apoio, diagnósticos e terapêuticos <sup>(26)</sup>.

Essa retaguarda à atenção básica deve ter como objetivo realizar trabalhos conjuntos entre o profissional generalista e o especialista, e não simplesmente encaminhar este paciente a um nível superior de atenção à saúde e deixar de se preocupar com ele, assim como a referência deve prestar um apoio ao profissional generalista. Para isso, temos atualmente as equipes de referência onde uma das suas atuações seria o apoio matricial à atenção básica em saúde, ou seja, essa equipe de especialistas ajuda os profissionais generalistas no que se refere ao tratamento dos usuários, e conseqüentemente a resolubilidade neste primeiro nível aumento, não necessitando necessariamente encaminhar o usuário à referência.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões <sup>(27)</sup>.

Clínica ampliada e compartilhada baseia-se na reconstrução do trabalho clínico segundo um “neoartesanato”. Para isso, é necessário ver o ser humano além de sua dimensão orgânica ou biológica, interagindo com outras ciências e garantindo a autonomia ao paciente <sup>(27)</sup>.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda

---

---

assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais <sup>(27)</sup>.

A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários <sup>(28)</sup>.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento <sup>(29)</sup>.

Para acrescentar esta definição, há uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) <sup>(30)</sup>:

- procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
  - cirurgias ambulatoriais especializadas;
  - procedimentos traumato-ortopédico;
-

- 
- ações especializadas em odontologia;
  - patologia clínica;
  - anatomopatologia e citopatologia;
  - radiodiagnóstico;
  - exames ultrassonográficos;
  - diagnose;
  - fisioterapia;
  - terapias especializadas;
  - próteses e órteses;
  - anestesia.

Entende-se por alta complexidade o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são <sup>(30)</sup>:

- assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
  - assistência ao paciente oncológico;
-

- 
- cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
  - procedimentos da cardiologia intervencionista;
  - procedimentos endovasculares extracardíacos;
  - laboratório de eletrofisiologia;
  - assistência em traumatologia-ortopedia;
  - procedimentos de neurocirurgia;
  - assistência em otologia;
  - cirurgia de implante coclear;
  - cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
  - cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
  - procedimentos em fissuras lábio-palatais;
  - reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
  - procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
  - assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
  - assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
  - cirurgia reprodutiva;
-

- genética clínica;
- terapia nutricional;
- distrofia muscular progressiva;
- osteogênese imperfeita;
- fibrose cística e reprodução assistida.

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia <sup>(30)</sup>.

A diferença da assistência primária para a secundária ou para a terciária refere-se praticamente a três eixos:

**1) A incorporação de tecnologia material.** Cada sistema de saúde vai dizer respeito a uma dada realidade. A disponibilidade tecnológica de cada país será importante parâmetro para definir a incorporação de equipamentos nos diversos níveis de assistência. Assim, a atenção primária incorpora pequena densidade de tecnologia.

**2) A capacitação profissional,** e essa não diz respeito à sua qualificação em ótima ou ruim, mas, sim, ao tempo gasto na formação profissional, isto é, o tempo socialmente relevante e diferenciado.

---

---

**3) O perfil de morbidade.** Teríamos ao nível primário, as doenças mais corriqueiras. Esse é o perfil de doença que vai ser atendido na atenção primária que seja resolutive. O secundário ficaria com um padrão intermediário e o terciário com as situações mais complexas <sup>(31)</sup>.

As tecnologias em saúde são classificadas em leves, leve-duras e duras. As leves são as tecnologias de relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos; as leve-duras são os saberes estruturados como a Clínica, a Epidemiologia, a Psiquiatria, o gerenciamento, a administração, e as tecnologias duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais <sup>(32)</sup>.

Contudo, na atenção primária é que se faz a promoção da saúde e proteção específica com a principal finalidade de prevenir doenças, fazendo uso principalmente das tecnologias leves.

É evidente que o gasto que se tem com o nível de atenção é proporcional à sua complexidade tecnológica. Temos que ter cuidado com atendimentos de patologias mais simples em serviços tecnologicamente mais complexos. Isso porque elas não necessitam dessa tecnologia para serem atendidas. A finalidade não é simplesmente a economia do gasto, mas a alocação segundo o critério de adequação à necessidade do procedimento a ser realizado <sup>(32)</sup>.

A atenção primária de saúde ainda enfrenta problemas no sistema, com a dificuldade de integração entre os vários níveis, ilustrada pela falta de referência e contrarreferência de saúde e, mais especificamente, de comunicação entre os vários níveis do sistema, não havendo aproveitamento de todas as oportunidades e

---

---

possibilidades de ações e intervenções, passando responsabilidades de sua competência para outros níveis <sup>(33)</sup>.

O sucesso e a agilidade dos encaminhamentos dependem, em grande parte, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, mais do que de um fluxo sistematizado entre os níveis de complexidade, indicando que as "vias formais" de acesso não funcionam adequadamente <sup>(34)</sup>.

Na prática, não se construíram os meios para haver um diálogo entre a atenção básica e os serviços especializados e hospitalares. São dois mundos supostamente articulados, mas operando com lógicas distintas. E, nesse enfrentamento, a atenção básica sai perdendo, pois socialmente ela é o local das "práticas simplificadas", da "medicina de pobre para pobres", sempre "culpabilizado" por sua ineficiência e desqualificação <sup>(35)</sup>.

Qual a melhor maneira de assegurar a integralidade? Os mecanismos de referência e contrarreferência (eternamente propostos e raramente concretizados) ou a constituição (mais flexível) de equipes de apoio matricial e de mecanismos de educação permanente em saúde de acordo com as necessidades dos trabalhadores da atenção básica? <sup>(36)</sup> Pergunta essa complexa.

Esta deficiência do sistema de referência e contrarreferência não ocorre somente em nosso país. De acordo com uma pesquisa realizada em Montevideo sobre os sistemas de referência e contrarreferência em pediatria, os resultados encontrados mostram uma utilização ineficiente dos recursos. É necessário estabelecer medidas para racionalizar o sistema de atenção e promover sua eficácia <sup>(37)</sup>.

---

---

As economias de escala referem-se a uma situação em que os custos médios de longo prazo caem com o crescimento da escala ou do volume de atividades, sendo este período um tempo suficientemente longo para permitir todos os insumos serem variáveis <sup>(38)</sup>.

Quando falamos em escala, falamos em quantidade, fator essencial para a qualidade da assistência.

As economias de escala são a máxima utilização dos recursos, procurando-se obter baixos custos da produção. Esse tipo de economia ocorre quando determinadas necessidades de saúde requerem uma organização e gestão que justifique uma oferta de serviços que garanta maior resolubilidade e menor custo. Para tanto, os serviços poderão estar mais dispersos ou mais concentrados.

Os mais dispersos, tais como as unidades de saúde da família; em maior número e menor custo unitário, favorecerão a economia de escala a médio e longo prazos, porque os benefícios que essas unidades trarão à população, diminuindo os gastos com internações hospitalares, exames especializados, necessidades de especialistas, etc, terão custos mais baixos que os investidos na produção desses serviços e acarretarão em diminuição de gastos em saúde – economia de escala.

Os serviços mais concentrados, como os serviços hospitalares serão em menor número, oferecendo maior variedade de serviços e intervenções especializadas e caras, não ocorrendo, portanto, a duplicidade de serviços que demandariam mais gastos com materiais, equipamentos, pessoal, dentre outros – economia de escopo <sup>(38,39)</sup>.

---



---

Portanto, a economia de escopo potencializa a economia de escala. A organização de um sistema de prestação de serviços que se utiliza de critérios econômicos de escala e de escopo, necessariamente, irá fundamentar-se no princípio da integralidade das suas ações, que pressupõe mecanismos de referência e contrarreferência bem estabelecidos, objetivando a resolubilidade.

As redes de atenção à saúde exigem uma combinação de economia de escala, qualidade e acesso a serviços de saúde, com territórios sanitários e níveis de atenção. No Brasil, há enormes diferenças entre estados e dentro dos estados mais de 75% dos municípios têm menos de vinte mil habitantes, uma escala insuficiente para a organização de redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade. Por isso, as redes terão que se organizar com autossuficiência na média complexidade nas microrregiões e com autossuficiência em alta complexidade nas macrorregiões. Essas situações colocam para as Secretarias Estaduais de Saúde o papel preponderante de coordenador e indutor de um novo sistema de atenção voltado para o atendimento das necessidades da população <sup>(24)</sup>.

Assim, por todo o exposto, a compreensão do funcionamento do SUS a partir da realidade, pode permitir avanços na reflexão que contribua para o reconhecimento de suas potencialidades, limites e caminhos a percorrer.

---



## *2. Objetivo*

Este estudo tem como objetivo compreender a organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) na Estratégia Saúde da Família no município de Bauru/SP, a partir da experiência dos gestores que vivenciam essa prática.

---



### *3. Referencial Teórico- Metodológico*

---

### 3.1 A FENOMENOLOGIA COMO VERTENTE METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo que utilizou a abordagem qualitativa, por meio da qual se constrói o conhecimento a partir da experiência dos sujeitos que, no cotidiano, vivenciam o fenômeno em estudo.

Ao cursar o mestrado, tive a oportunidade de estudar a modalidade de pesquisa qualitativa, durante a disciplina de Abordagens Qualitativas em Pesquisa, a quais me permitiram o aprofundamento neste referencial.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões, as abordagens qualitativas conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica de atores, de relações e para análises de discursos e de documentos <sup>(40)</sup>.

Com o termo “pesquisa qualitativa”, queremos dizer qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Pode se referir à pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, e também à pesquisa sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interações entre nações. Alguns dados podem ser quantificados, como no caso do censo ou de informações históricas sobre pessoas ou objetos estudados, mas o grosso da análise é interpretativa <sup>(41)</sup>.

---

---

A escolha pelo método qualitativo deu-se, também, pelo fato de que, por meio do conhecimento e das experiências dos sujeitos em estudo, decorre a possibilidade de compreensão da organização do sistema de referência e contrarreferência a partir da vivência dos gestores.

A pesquisa qualitativa surgiu no século XIX sob um contexto de ideias que sinalizavam a busca pela compreensão do próprio homem, reservadas, até então, à filosofia <sup>(42)</sup>.

A utilização da pesquisa qualitativa foi primeiramente empreendida por antropólogos, sociólogos e educadores, posteriormente ampliada para a psicanálise e hoje é utilizada por múltiplos profissionais da área da saúde, com o objetivo de expandir a compreensão sobre o homem, a fim de aplicar esta compreensão nas práticas em saúde a ele destinadas <sup>(42)</sup>.

A pesquisa qualitativa exige uma interação verdadeira pesquisador – sujeito da pesquisa que venha a se desenvolver em um campo limitado a ser valorizado enquanto possibilidade espacial para que o pesquisador possa recolher as informações por intermédio de discursos provindos dos sujeitos eleitos <sup>(43)</sup>.

A opção pela metodologia fenomenológica deu-se porque, como método, é intuitivo e descritivo. A fenomenologia busca a compreensão do fenômeno interrogado. O pesquisador não parte de um problema, mas orienta sua pesquisa baseando-se numa interrogação acerca de um fenômeno, o qual precisa ser situado, estar sendo vivenciado pelo sujeito, como decorrência do “mundo vida” <sup>(44)</sup>.

Desta forma, motivada a buscar a percepção dos gestores sobre o sistema de referência e contrarreferência, vislumbrei a fenomenologia como uma possibilidade.

---

---

Fenomenologia é o movimento que tem como objetivo a investigação direta e a descrição dos fenômenos que são experienciados pela consciência, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos <sup>(45)</sup>.

Na pesquisa fenomenológica, o investigador está preocupado com a natureza do que vai investigar, de tal modo que não existe para ele uma compreensão prévia do fenômeno. Inicia o seu trabalho interrogando o fenômeno <sup>(44)</sup>.

A fenomenologia descreve as coisas como elas se mostram, manifestando a sua essência. Ela muda, difere e se questiona, mas segue uma mesma linha de “atitude metodológica”, podendo ser aplicada em diversas áreas do conhecimento <sup>(46)</sup>.

A fenomenologia terá a preocupação em mostrar e não em demonstrar, em explicitar as estruturas em que a experiência se verifica, em deixar transparecer na descrição da experiência as suas estruturas universais. Será uma ciência rigorosa, mas não exata, uma ciência eidética que procede por descrição e não por dedução <sup>(46)</sup>.

Compreender eideticamente (eidético refere-se à essência de fenômeno – essência = eidos) o fenômeno, tomando-o diante dos olhos e estudá-lo de maneira sistemática para poder vir a compreender o objeto na sua intenção total, na sua essência, e não apenas na sua representação <sup>(44)</sup>.

A fenomenologia procura tornar visível o que está oculto para que este possa se mostrar na sua clareza e na iluminação sem a qual se torna inviável qualquer transfazer (transfazer = recriar – termo que não tem o mesmo significado que

---

---

dialética. Refere-se a como o ser humano sente o mundo e, a partir do que, lhe atribui significados. Significa ir além de, superar um simples, fazer. É um recriar interminável e sempre inacabado, pois o ser humano é sempre um ser de possibilidades) <sup>(45)</sup>.

Husserl, nascido em 1859, é considerado o “pai da fenomenologia contemporânea”. A fenomenologia não foi “fundada”, mas surgiu e cresceu, tendo suas origens no pensamento de Edmund Husserl, que já no século XX constituiu uma análise fenomenológica, na qual explorava os atos humanos na sua estrutura essencial em oposição às investigações simplesmente empíricas, modificação factual, estudada pela psicologia. Ao enfatizar o retorno às coisas mesmas, Merleau-Ponty esclarece que não se trata de uma volta ao pretendido caráter absoluto das teorias empíricas, ao objeto da ciência como fonte de conhecimento <sup>(45)</sup>.

A trajetória fenomenológica consiste de três momentos: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica, sendo que esta última envolve necessariamente a interpretação <sup>(45)</sup>.

O ponto fundamental da fenomenologia está na descrição fenomenológica. A relevância da descrição não está na explicação ou na análise, mas sim na forma de ir-às coisas mesmas. Como primeiro momento da trajetória fenomenológica, a descrição consiste de três elementos: a percepção, a consciência que se direciona ao mundo-vida e o sujeito-pessoa que se vê capaz de experienciar o corpo-vivido por meio da consciência. Pode ser obtido com uma leitura da descrição, entrevista ou relato do princípio ao fim, sem pretender-se a qualquer interpretação do exposto.

Como segundo momento da trajetória metodológica. tem-se a redução fenomenológica cujo objetivo é determinar, selecionar quais as partes da descrição

---



---

são essenciais e quais não o são. Desejam-se encontrar quais as partes da experiência são partes verdadeiramente da consciência, diferentemente daquelas que são suposições. O propósito desta etapa é isolar o objeto da consciência, as coisas, as pessoas, as emoções, e para isso utiliza-se a reflexão sobre as partes da experiência (também denominada de variação imaginativa), que parecem possuir significados cognitivos, afetivos e conativos e imaginar cada parte como estando presente ou ausente na experiência.

O objetivo principal da redução é chegar à essência, à natureza própria daquilo que interrogamos. A essência, porém, não é o objeto final da fenomenologia, pois o seu objeto final é a existência. Chegar à essência através da redução significa iluminar e esclarecer o mundo como ele é e se apresenta <sup>(45)</sup>.

Esta abertura ao mundo subentende uma intencionalidade, isto é, refere-se necessariamente a uma direção da consciência quando dizemos que consciência é sempre consciência de... <sup>(45)</sup>.

A importância que a intencionalidade, em fenomenologia, tem para nós está em que através de uma conceituação ampla, a compreensão diferencia-se da “intelecção” tradicional, isto é, daquela compreensão que se confina às naturezas verdadeiras e imutáveis, daquilo que já existe por definição ou porque alguém ensina <sup>(45)</sup>.

Através da análise do contexto e possíveis eliminações, o pesquisador está capacitado a reduzir a descrição daquelas partes que são essenciais para a existência da consciência da experiência.

---

A compreensão fenomenológica envolve uma interpretação; a compreensão surge em conjunto com a interpretação no sentido de compreender a linguagem do sujeito. Este momento é uma tentativa de especificar o “significado” que é essencial na descrição e na redução, como uma forma de investigação da experiência. É natural que o pesquisador volte a ler o texto tantas vezes julgue necessário, com o objetivo de discriminar “unidades de significado”, que apontem para a experiência do sujeito, isto é, que apontam para a consciência que tem este fenômeno.

Quanto maior for o número de sujeitos, maior poderá ser a variação e, conseqüentemente, melhor a possibilidade de ver aquilo que é essencial, embora este não seja o principal critério a ser observado, pois o que se busca são convergências, divergências e idiosincrasias nestas descrições <sup>(45)</sup>.

Assim, a compreensão fenomenológica dá-se pelas análises ideográficas que são as representações de ideias por meio de símbolos, e pelas análise nomotética que se referem à generalidade que decorrem do tratamento dos dados fatuais e que terminam como princípio com poder de lei <sup>(44)</sup>.

### 3.2 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

Apresento a trajetória metodológica do estudo, com a finalidade de compreensão dos momentos de desenvolvimento do mesmo.

---

### 3.3 CARACTERIZANDO O CENÁRIO DO ESTUDO

A presente etapa tem por finalidade caracterizar o contexto onde estão inseridos os sujeitos desta pesquisa.

O estudo foi realizado no município de Bauru, interior do Estado de São Paulo, que possui 347.601 habitantes segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística <sup>(47)</sup>.

Neste município, a assistência à saúde possui serviços nos três níveis de complexidade.

As unidades de Saúde do Município de Bauru até a presente data constituem-se por:

- 14 unidades básicas de saúde,
- 2 unidades saúde da família totalizando 7 equipes de saúde da família, sendo que em uma unidade há 4 equipes de saúde da família e na outra unidade, 3 equipes. Há projetos para implantação de novas equipes da ESF até o final do ano de 2010.

Além destes, o município possui o Pronto-Socorro central e o Pronto Atendimento Bela Vista, e alguns serviços especializados municipais, como: Serviço de Orientação e Prevenção do câncer (SOPC), Banco de Leite Humano, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) infanto-juvenil, álcool e droga, adulto, Ambulatório Municipal de Saúde Mental (AMSM), Serviço de Residência Terapêutica, Centro de Referência na Saúde do Trabalhador (CEREST), Programa Municipal de

---

Atendimento ao Idoso (PROMAI), Centro de Controle de Zoonoses, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço de Moléstias Infeciosas (SMI), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). As referências são Associação Hospitalar de Bauru, Hospital Estadual Bauru (HEB) e Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio-Faciais (HRAC) e no final de 2009 foi implantado o Ambulatório Médico de Especialidades (AME).

O modelo de Gestão da Rede Básica vem sendo reorganizado no sentido de uma transformação progressiva para o Modelo Saúde da Família.

### 3.4 DELIMITANDO A REGIÃO DO INQUÉRITO

Para conduzir uma pesquisa fenomenológica é necessário delimitar a região de inquérito, na qual será interrogado o fenômeno.

Dessa forma, ressalta-se que a região onde o fenômeno foi inquirido constituiu-se dos depoimentos dos gestores, que vivenciam o sistema de referência e contrarreferência na Estratégia Saúde da Família.

Para conduzir a pesquisa, foram ouvidos seis gestores, incluindo gestores das unidades de Saúde da Família, coordenação e gestão municipal. Não houve nenhuma recusa. Os gestores são 1 médico, 4 assistentes sociais e 1 enfermeira.

---

### 3.5 OBTENDO AS DESCRIÇÕES

Para obtenção das descrições, realizei contato com a Secretaria de Saúde do município e encaminhei um documento solicitando e obtendo autorização para realizar o estudo. Em seguida, o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de São Paulo (USP)/Bauru, para avaliação. O projeto recebeu parecer favorável, segundo ofício nº 114/2009 em 26 de agosto de 2009 (ANEXO I).

Realizei contato com os profissionais, explicitarei a finalidade do estudo e verifiquei a disponibilidade destes para participação nas entrevistas e meu compromisso em apresentar os dados do estudo ao término da pesquisa. Após orientação sobre os objetivos da pesquisa, foi solicitada, aos participantes do estudo, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II) de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde <sup>(48)</sup>. A obtenção das descrições foi realizada por meio de entrevistas realizadas pela pesquisadora, sendo as mesmas audiogravadas.

Os sujeitos da pesquisa foram os gestores das Unidades de Saúde da Família do município de Bauru, coordenador municipal da ESF, Secretário de Saúde Municipal e o responsável pela central de agendamento do município. A partir dos depoimentos, busquei conhecer a percepção dos participantes em relação ao sistema de referência e contrarreferência.

Para nortear as descrições e a obtenção de discursos desses sujeitos, foi realizada entrevista a partir da questão norteadora.

---

---

Questão Norteadora: **“Discorra sobre sua percepção em relação ao funcionamento do sistema de referência e contrarreferência a partir da ESF no município de Bauru”.**

As entrevistas foram realizadas entre novembro/2009 e fevereiro/2010 através de questão aberta, dirigida aos gestores, conforme instrumento elaborado para realização das entrevistas (ANEXO III). Na sequência, o conteúdo das gravações foi transcrito na íntegra.

A partir dos depoimentos dos participantes, foram analisadas as falas no sentido de identificar as divergências, convergências e idiosincrasias que emergiram e, com isso, desvelar a situação atual em relação ao funcionamento do sistema

### 3.6 ANALISANDO AS DESCRIÇÕES

Para a análise, utilizou-se como base a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS em quadro teórico relacionado aos preceitos do SUS, especialmente os conceitos de acessibilidade, resolubilidade e integralidade, uma vez que estão intimamente relacionados com a organização do sistema no que se refere aos mecanismos de referência e contrarreferência.

O momento de análise ocorreu desde a realização das entrevistas até o desvelamento da essencialidade do fenômeno.

Os discursos foram transcritos na íntegra e constituíram a região de inquérito para desvelamento do fenômeno estudado.

---

Foram resgatadas dos discursos todas as informações da forma como foram transmitidas pelos sujeitos desta pesquisa. No processo de análise, embora o pesquisador tenha extraído conclusões em sua linguagem, foi observado o máximo rigor metodológico, para que não houvesse distorção da informação obtida dos depoimentos originais.

Os depoimentos foram numerados de 1 a 6 e todos lidos, um a um, na tentativa de uma compreensão individual e inicial da linguagem e do sentido, sem, contudo interpretar. A intenção foi encontrar a essência do fenômeno, colocando em suspenso qualquer pré-julgamento a respeito do conteúdo.

Após leituras sucessivas, foram evidenciadas as essencialidades sobre o sistema de referência e contrarreferência na Estratégia Saúde da Família, identificando as unidades de significado que emergiram dos discursos, sendo estas posteriormente agrupadas em temas e categorias. As unidades de significado foram destacadas e numeradas, sendo realizado o mesmo procedimento para todos os depoimentos, conforme será descrito posteriormente.

A compreensão fenomenológica deu-se pela análise ideográfica dos depoimentos e, posteriormente, a análise nomotética, a partir da qual evidenciei os temas que permearam as descrições ingênuas dos sujeitos, contribuindo para a estruturação das categorias.

A opção foi apresentar no volume impresso a síntese da análise ideográfica e a análise nomotética. Conforme aparece no modelo de análise do depoimento (ANEXO VI), os depoimentos na íntegra e os quadros analíticos poderão ser acessados no CD (ANEXO V).

---



#### *4. Construção dos Resultados*



A fim de manter o sigilo dos entrevistados conforme a ética em pesquisa, não informamos neste momento o número do depoimento, a fim de não identificação dos entrevistados.

Quadro 1- Perfil dos sujeitos do estudo. Botucatu, 2010.

| <b>Data da entrevista</b> | <b>Duração da entrevista (minutos)</b> | <b>Função</b>                          | <b>Unidade onde trabalha</b>            |
|---------------------------|--|--|---|
| 10/11/2009                | 05 min.                                | Coordenadora ESF                       | SMS                                     |
| 26/11/2009                | 11min. e 15 seg.                       | Gerente                                | PSF Santa Edwirges                      |
| 26/11/2009                | 07 min. e 56 seg.                      | Gerente                                | PSF Vila São Paulo                      |
| 26/11/2009                | 09 min. e 48 seg.                      | Gerente Substituta                     | PSF Santa Edwirges e PSF Vila São Paulo |
| 15/01/2010                | 16 min. e 13 seg.                      | Secretário da saúde                    | SMS                                     |
| 04/02/2010                | 13min. e 49 seg.                       | Coordenadora da central de agendamento | SMS                                     |

Conforme o quadro, as entrevistas foram realizadas no período entre 10 de novembro de 2009 a 04 de fevereiro 2010. Em relação à duração, as entrevistas variaram entre 5 minutos a 16 minutos e 13 segundos.

Dentre os entrevistados, três gerentes da unidade sendo uma gerente substituta, modalidade esta adotada pelo município, visando substituir a gerente em férias ou quando necessário. Quando a mesma não está de férias, essa profissional substituta fica três dias por semana no PSF Santa Edwirges e dois dias por semana no PSF Vila São Paulo a fim de auxiliar no trabalho. Foram entrevistados também o secretário de saúde, a coordenadora da central de agendamento e a coordenadora da ESF.

Dos seis entrevistados, três trabalham na Secretaria Municipal de Saúde, uma na USF Santa Edwirges, uma na USF Vila São Paulo e uma nestas duas unidades como profissional substituta.

Em relação à questão sobre se a unidade iniciou como estratégia Saúde da Família ou se já foi UBS tradicional, em três entrevistados essa questão não se aplicou pois trabalham na SMS, e nas outras três entrevistas a unidade já foi UBS tradicional. Então nenhuma unidade saúde da Família iniciou-se neste modelo até o momento desta pesquisa.

Sobre o tempo que trabalham na ESF, houve variação entre 2 anos e 9 meses até 7 anos. Os profissionais que não trabalham diretamente na ESF, mas em cargos administrativos, o tempo de trabalho variou entre 13 meses e 4 anos.

No que se refere à formação profissional dos entrevistados, quatro são graduados em serviço social, uma em enfermagem e um em medicina. O tempo de formado variou entre 9 e 36 anos.

#### 4.1. ANÁLISE IDEOGRÁFICA

A análise ideográfica foi realizada a partir destes depoimentos, coletados por meio da questão norteadora relativas ao tema que suscitou essa pesquisa.

Após realização de várias leituras dos depoimentos, foram identificadas unidades de significado em cada um dos depoimentos, isto é, foram selecionadas as falas que respondiam ao fenômeno da interrogação.

---

Na análise individual de cada depoimento, utilizei os procedimentos de redução, compreensão e interpretação fenomenológicas, de forma que os depoimentos foram analisados individualmente.

Depois de identificadas as unidades de significado dos depoimentos, as mesmas foram grifadas e numeradas no depoimento original. A seguir, foram transcritas para um quadro analítico composto por cinco colunas, quadro este que foi adaptado da versão original proposto por Sadala <sup>(49)</sup>. A primeira coluna traz as “Unidades de Significado - Linguagem do Sujeito”. A segunda traz “Elucidações” de termos e siglas. A terceira, a “Linguagem do Pesquisador”. Na quarta coluna, teremos as “Unidades de Significado transformadas com enfoque no fenômeno”. Na quinta coluna, teremos os “Temas”. Foi apresentada uma síntese de cada depoimento, na análise ideográfica.

As unidades recebem nova numeração com dois dígitos, sendo o primeiro correspondente ao número do depoimento e o segundo correspondente ao número da unidade de significado do mesmo depoimento. Essa numeração com dois dígitos será utilizada na análise nomotética, na qual serão evidenciadas as convergências dos significados presentes nos depoimentos.

Exemplo: onde aparece **01. 03** significa que se pode localizar a fala selecionada número 3 do depoimento 1.

A seguir, a síntese da análise ideográfica dos depoimentos. Cabe ressaltar que a opção foi de não identificar na análise a categoria profissional ou a Unidade de trabalho, visto que isso poderia levar à identificação dos sujeitos da pesquisa.

---

## **Análise Ideográfica – Depoimento 1**

Para a entrevistada, o sistema de referência e contrarreferência é considerado de duas formas: a imediata, que são as consultas básicas como pediatria, ginecologia e obstetrícia feita pela chefia da unidade e a mediata são as unidades prestadoras ou serviços e são agendadas via central de vagas.

O sistema de contrarreferência na maioria das vezes não funciona. Algumas vezes recebe-se contrarreferência do Hospital Estadual Bauru.

Este sistema funciona da mesma forma que em uma unidade básica, não há prioridade por ser ESF. Se há uma paciente que esteja grave, a chefia da unidade entra em contato para tentar agilizar.

A ESF continua acompanhando esse paciente após ter sido encaminhado, no entanto esse processo seria melhor se a ESF tivesse a contrarreferência do que foi realizado com o paciente.

Tem-se uma expectativa de que este sistema melhore após a implantação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e dos AMEs (Ambulatório Médico de Especialidades), provavelmente no ano que vem. Acredita-se que melhore com o NASF pois ele será exclusivo da ESF, e em relação ao AME espera-se que estes profissionais realizem de maneira adequada essa contrarreferência.

---

---

## **Análise Ideográfica – Depoimento 2**

Para a entrevistada, raríssimas vezes vêm uma contrarreferência quando o generalista necessita do especialista.

Seria importante que se fizesse um trabalho de conscientização dos profissionais da importância da contrarreferência para a atenção básica.

A central de agendamento que fica na secretaria de saúde é que regula as vagas disponíveis do Hospital Estadual Bauru (HEB) e o Atendimento Médico de Especialidade (AME) e libera para as unidades de saúde e saúde da família.

Há um acúmulo muito grande de pacientes que aguardam especialidade. Agora com o AME parece que está melhorando. O Hospital Estadual atende Bauru e região, isso é o que dificulta.

Quando é liberada uma vaga, a unidade entra em contato com o paciente para ver se ele ainda quer a vaga, porque às vezes como a fila é muito grande, ele paga uma consulta com o especialista.

A dificuldade de não existir a contrarreferência é que o generalista encaminha o paciente e não sabe o que foi feito com o mesmo. Em geral, o paciente não consegue informar sobre o tratamento e sobre o profissional que o atendeu.

Nos casos de urgência, a unidade entra em contato direto com a central de agendamento e expõe o caso, a central tenta priorizar uma vaga. Quando isso não é possível, tenta-se a vaga com DRS 6 ou encaminha-se ao pronto-socorro.

---

### **Análise Ideográfica – Depoimento 3**

Para a entrevistada, a contrarreferência não existe, o paciente vai para a especialidade, e a unidade básica não sabe o que aconteceu com ele lá. E isso é importante para a ESF para a continuidade do tratamento e acompanhamento desse paciente pela equipe saúde da família. Além da importância para a continuidade do tratamento, a contrarreferência é relevante para que a unidade tenha uma avaliação da pertinência do encaminhamento.

A central de agendamento é quem regula as vagas. No entanto, há uma fila muito grande de encaminhamentos aguardando a vaga, desde 2007 para algumas especialidades.

As urgências têm prioridade na central de agendamento, sendo priorizadas quando o médico coloca “urgente no encaminhamento”.

### **Análise Ideográfica – Depoimento 4**

Para a entrevistada, os profissionais de saúde da família necessitam da contrarreferência para dar continuidade ao tratamento e acompanhamento do paciente. Em 99% dos casos, não vêm a contrarreferência.

Somente uma ou duas vezes a unidade recebeu essa contrarreferência. Os profissionais justificam que não fazem a contrarreferência por falta de tempo.

---

Seria interessante fazer um treinamento, uma orientação para esses profissionais começarem a fazer a contrarreferência.

Com relação às urgências, eles têm prioridades; no entanto, mesmo assim algumas vezes o município não tem essa especialidade naquele momento, o que acaba dificultando para o paciente.

A referência também está muito difícil, a fila é grande. A esperança é que com o AME melhore.

### **Análise Ideográfica – Depoimento 5**

Para a entrevistada, as unidades de saúde da família sofrem o mesmo problema que as outras unidades de saúde que é ter um sistema de referência e contrarreferência muito precário.

Em Bauru, os serviços de saúde funcionam de forma fragmentada, com os seus interesses individuais, não formando desta forma uma rede de serviços. Sem essa rede, o instrumento referência e contrarreferência também não funciona.

Em relação à referência, há um estrangulamento muito grande nas especialidades. A oferta é pouca e a demanda é muita. Os serviços de referência não fazem nada do ponto de vista do papel pedagógico a fim de melhorar essa referência da atenção básica para a especializada e da contrarreferência.

---

No município de Bauru, a atenção primária é do município e a média e alta complexidade são do Estado, o que dificulta o acesso do usuário, visto que a urgência e emergência são do município.

Deve-se rever todo o modelo de saúde do município, desde a ampliação da atenção primária que há 20 anos não teve grandes modificações, até a informatização através de um sistema de informação suficiente.

Com todo esse quadro, quem sai prejudicado é o paciente que anda de um lado para o outro sem resolver o seu problema, com uma quantidade enorme de retrabalhos.

Até 2009 a única unidade de especialidade era o HEB que não atendia nem 10% da demanda necessária para o município de Bauru. No final de 2009, foi inaugurado o AME, e com isso parece dar maior vazão para essas especialidades. Com o AME é levado em consideração o número de habitantes do município, o que até então não existia.

Em relação ao sistema de referência e contrarreferência dos serviços municipais funciona bem, englobando doenças infecciosas, DST/AIDS, saúde do trabalhador, serviço de orientação e prevenção do câncer e saúde mental. Este último ainda com problemas devido a não participação da atenção primária nas ações de saúde mental.

Contudo constata a deficiência deste sistema de referência e contrarreferência. O máximo que acontece em relação à contrarreferência é o paciente levar um recado do profissional especialista para o profissional da atenção primária.

---



---

## **Análise Ideográfica – Depoimento 6**

A entrevistada é uma defensora do SUS e acredita nele; no entanto, o SUS não funciona da forma que deveria. O SUS é um direito de todos.

A população ainda tem a cultura de que só trata bem quem é especializado, desacreditando um pouco na ESF, o que muitas vezes aumenta a demanda reprimida para a especialidade. A atenção básica não é resolutiveira como deveria ser, e os profissionais não veem o paciente como um todo.

Na maioria das vezes, o paciente que foi referenciado não volta com uma contrarreferência formal para a unidade de saúde, o que dificulta o acompanhamento desse paciente. E algumas vezes o paciente é referenciado sem necessidade.

Com relação à demanda reprimida, não há vagas para todos. A oferta é menor que a demanda. Uma grande dificuldade encontrada é a não municipalização da referência, onde o município aceita a referência do Estado; no entanto, o número de vagas é menor que a demanda. Se o município tivesse a sua referência, ele poderia organizar de acordo com a sua demanda. E essa gestão não única dificulta a comunicação entre os serviços, e quem sai prejudicado com tudo é o paciente, que anda de serviço em serviço sem resolver o seu problema.

Quando o município não tem determinada especialidade, este paciente é devolvido para a unidade de saúde a fim de um novo encaminhamento para o local que tem a especialidade. Há uma quantidade enorme de retrabalhos nos vários serviços de saúde.

---

O sistema de referência e contrarreferência vai dar suporte aos princípios do SUS.

Os exames são muito demorados, o que causa uma angústia no paciente com a espera.

Uma dificuldade é quando um paciente conhece alguém na secretaria de saúde que consegue uma vaga de que ele está precisando e passa na frente de quem precisa mais.

## 4.2. ANÁLISE NOMOTÉTICA

### 4.2.1 Organização dos temas e das categorias

Esta análise iniciou-se a partir da identificação dos temas convergentes nos depoimentos que compõem a descrição do fenômeno, os aspectos que se repetiram nas descrições gerais, características únicas, mas extremamente importantes para as apreensões da essência do fenômeno.

Ao contrário da análise ideográfica, que visava à identificação individual das descrições, a análise nomotética buscou identificar o enfoque geral do fenômeno, buscando-se para tanto as convergências que emergiram nas sínteses das análises ideográficas, nos depoimentos individuais, para então, contribuir para a análise do

---

geral, considerando-se as convergências evidenciadas nos discursos, chegando às temáticas.

O depoimento na íntegra, o quadro de análise ideográfica e a síntese da mesma encontram-se em anexo no CD.

É importante lembrar que a divisão em categorias e temas foi realizada para facilitar o processo de análise, inclusive, eventualmente uma fala poderia ser alocada em mais de um tema, mas optamos por escolher o tema que o pesquisador julgou mais adequado, mais próximo, de modo a não repetir a mesma fala mais de uma vez.

Para a composição das categorias, parti da tematização identificada na análise ideográfica e trabalhei com os temas que serão apresentados, chegando às **categorias**, as quais englobam vários temas. As categorias e temas propostos foram representados da seguinte maneira:

---

| ANÁLISE NOMOTÉTICA  |  | DEPOIMENTOS                      |                         |                                  |  |  |   |
|---|--|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|--|--|---|
| CATEGORIA   | TEMA   | 1                                | 2                       | 3                                | 4  | 5  | 6   |
| A) O SISTEMA DE SAÚDE   | A.1 - Política de Saúde                                    |                                  |                         |                                  |  | 05.28<br>05.29                                     | 06.01<br>06.03                            |
|   | A.2 - Não garantia da Integralidade                        |                                  |                         |                                  |  |  | 06.15<br>06.16<br>06.19<br>06.28<br>06.34 |
|   | A.3 - Resolubilidade                                       |                                  |                         |                                  |  | 05.18  | 06.07<br>06.13<br>06.21                   |
|   | A.4 - Lógica/modelo dominante no sistema                   |                                  |                         |                                  |  |  | 06.02<br>06.08<br>06.09<br>06.10<br>06.25 |
|   | A.5 - Cultura da população                                 |                                  |                         |                                  |  |  | 06.05<br>06.06<br>06.11<br>06.30<br>06.31 |
|   |  |                                  |                         |                                  |  |  |   |
| B) O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA | B.1 - A visão do Sistema de referência e contra-referência | 01.01<br>01.03                   |                         |                                  |  | 05.01<br>05.02                                     | 06.04<br>06.32                            |
|   | B.2 - Operacionalização da referência no município         | 01.10<br>01.11                   | 02.01<br>02.03<br>02.06 |                                  | 04.13<br>04.14                                     | 05.21<br>05.23<br>05.24<br>05.25<br>05.26<br>05.27 | 06.24                                     |
|   | B.3 - Importância da reorganização da referência           |                                  |                         |                                  |  | 05.09<br>05.10                                     | 06.20<br>06.23<br>06.26<br>06.33          |
|   | B.4 - Importância da contra-referência                     | 01.02<br>01.07<br>01.08<br>01.09 | 02.02<br>02.04<br>02.13 | 03.01<br>03.02<br>03.08<br>03.09 | 04.01<br>04.02<br>04.04<br>04.05<br>04.06<br>04.10 | 05.04<br>05.05<br>05.34<br>05.35                   | 06.12                                     |

|  |   |                |   |                         |                         |   |                |
|--|---|----------------|---|-------------------------|-------------------------|---|----------------|
|  | B.5 – Desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários |                | 02.14<br>02.15                            |                         | 04.03<br>04.07<br>04.08 | 05.15<br>05.36                            | 06.14<br>06.18 |
|  |   |                |   |                         |                         |   |                |
| C) FATORES ESTRUTURAIS DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE | C.1 - Demanda reprimida   |                | 02.08<br>02.09<br>02.10<br>02.11<br>02.20 | 03.04<br>03.05<br>03.06 | 04.15                   | 05.03<br>05.19<br>05.20<br>05.22          | 06.22<br>06.29 |
|  | C.2 - Organização dos serviços                                      | 01.04<br>01.05 | 02.07<br>02.17                            | 03.03                   | 04.11                   |   | 06.17<br>06.35 |
|  | C.3 - Atenção básica insuficiente                                   |                |   |                         |                         | 05.30<br>05.31<br>05.32<br>05.33          |                |
|  | C.4 - Priorização das vagas urgências/emergências                   | 01.06          | 02.16                                     | 03.07                   | 04.12                   |   | 06.36          |
|  | C.5 – Retrabalhos e custos para o sistema                           |                | 02.12                                     |                         | 04.09                   | 05.17                                     | 06.27          |
|  | C.6 – Perspectivas de melhoria da rede de atenção a saúde           |                | 02.18                                     |                         | 04.16                   | 05.11<br>05.12<br>05.16                   |                |
|  | C.7 Perspectivas para matriciamento                                 |                | 02.05<br>02.19                            |                         |                         | 05.06<br>05.07<br>05.08<br>05.13<br>05.14 |                |

**CATEGORIA A: O SISTEMA DE SAÚDE**

Nesta categoria, aparecem os seguintes temas:



Através dessa categoria, é possível observar como está constituído o sistema de saúde, principalmente através dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que muitas vezes funcionam de forma fragmentada.

## **A.1 - Política de Saúde**

### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

Este tema trata das políticas de saúde no Brasil, bem como o seu avanço e dificuldades encontradas atualmente.

Política refere-se à direção de um Estado e determinação das formas de sua organização, Conjunto dos negócios de Estado, maneira de conduzi-los, ramo das ciências sociais que trata do governo e da organização dos Estados <sup>(51)</sup>. A forma de organização e planejamento em saúde determina as políticas de saúde.

Passamos por diversas transformações no que se refere às políticas de saúde no Brasil nas últimas décadas. O SUS foi um grande avanço para garantir a universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade, dentre outros princípios.

As reformas da política de saúde são conduzidas, não só no Brasil, mas em boa parte do mundo, para responder a duas questões centrais: como aperfeiçoar os escassos recursos destinados ao setor e como organizar um sistema de saúde eficaz e com envergadura suficiente para atender às necessidades de saúde da população <sup>(51)</sup>.

As necessidades em saúde da população são muito complexas, e nas diversas áreas. Por isso, devemos trabalhar com o usuário para garantir a sua autonomia e participação na sua saúde. Somente desta forma, com a atuação do

---

---

usuário ativamente é que poderemos melhorar a realidade de saúde e assegurar mais qualidade de vida.

Devido à diversidade humana, é extremamente difícil estabelecer critérios justos para distribuição igualitária de bens primários e de oportunidades às populações. Daí porque o fator determinante da alocação de recursos públicos assume uma concepção utilitarista segundo a qual se busca preservar o bem-estar da maioria mesmo que em prejuízo de certas situações individuais. Mas acreditamos que é possível investir na capacitação dos profissionais atuantes nas UBSF na perspectiva da reversão do modelo assistencial vigente pela transformação da produção de procedimentos em produção de cuidados <sup>(52)</sup>.

Na fala abaixo, observamos a organização da política de saúde mental.

*05.28 ...Bauru era uma cidade que... construiu a assistência a saúde mental muito semelhante ao resto do país, baseado em hospitais psiquiátricos, e esses hospitais ao longo do tempo foram fechando e foram sendo substituídos por modalidades alternativas...*

*05.29 ...nós não conseguimos ser eficazes e suficientes nessas modalidades alternativas, nós estamos tentando fazer isso agora...*

Antes da reforma psiquiátrica, os usuários de saúde mental eram atendidos basicamente em hospitais psiquiátricos, manicômios que não tinham na maioria das vezes estrutura para reinserção desses pacientes na sociedade; sendo institucionalizados, predem a sua cidadania e, muitas vezes, tornam-se pessoas alienadas. Devido a este modelo fracassado, a saúde mental surge então como uma

---



---

política de saúde a fim de prestar uma assistência integral a estes usuários, tentando reinseri-los na sociedade, para fazer com que estas pessoas participem do seu tratamento como pessoas ativas e tenham mais qualidade de vida, através de convívio com a sociedade.

O mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se constrói um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença” <sup>(53)</sup>.

A desinstitucionalização tem uma conotação muito mais ampla do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade. Enquanto este existir como realidade concreta, as ações perpassarão, necessariamente, por desmontar este aparato, mas não acabam aí <sup>(54)</sup>.

Observa-se, na reforma psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, intercalação de períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país <sup>(54)</sup>.

O município de Bauru atualmente conta com equipes de saúde mental que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde encontramos as chamadas modalidades alternativas que prestam a assistência a esses pacientes de saúde mental através da não institucionalização, e sim com grupos terapêuticos, apoio, tratamento e acompanhamento desse paciente. No entanto, para garantir eficácia e

---

---

eficiência, é necessária a atuação conjunta da atenção básica (AB) a fim de oferecer suporte e continuidade do tratamento através de grupos de orientação, terapia comunitária, ações que ofereçam mais qualidade de vida e reinserção na sociedade.

A responsabilização compartilhada dos casos de saúde mental entre a especialidade e a AB exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica <sup>(55)</sup>.

Exemplos de situações de risco:

- Situações de exclusão social (pacientes egressos de hospital psiquiátrico, pessoas em prisão domiciliar, população em situação de rua, idoso em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social etc.);
  - Transtornos mentais severos e persistentes (graves);
  - Suicídios e tentativas de suicídio em adolescentes e adultos jovens;
  - Violência intrafamiliar;
  - Problemas clínicos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas;
  - Abuso e dependência de benzodiazepínicos <sup>(55)</sup>.
-

---

Percebe-se, contudo que a política de saúde mental teve grandes mudanças nos últimos anos, e sem o trabalho conjunto dos serviços de saúde não conseguiremos reabilitar este usuário.

A fala abaixo se refere ao Sistema Único de saúde, que é uma política de saúde.

*06.01. ...o SUS é maravilhoso, se ele realmente funcionasse do jeito que é pra funcionar... sou uma defensora do SUS, eu acredito nele...*

A 13ª Conferência Nacional de Saúde reafirma o SUS como uma política de Estado, implementando ações, segundo seus princípios e diretrizes, mediante a organização de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, que contemplem a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação mediados por sistemas de regulação sob controle social <sup>(56)</sup>.

*06.03. ... trabalhar com uma política de defesa e garantia de direitos que esta prevista nele... a assistência é diferente porque é a quem dela necessitar, a saúde é um direito de todos...*

A legislação 8080/90 e 80142/90 dispõe sobre a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, bem como a participação da comunidade e formas de financiamento do SUS respectivamente, através de seus princípios <sup>(2,3)</sup>. O que acontece muitas vezes é que na prática esses princípios funcionam de forma

---

fragmentada, fazendo cumpri-los, no entanto com problemas que inviabilizam muitas vezes o sistema de saúde.

O artigo 196 da CF conceitua que a saúde é direito de todos e dever do Estado <sup>(1)</sup>. Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

A universalidade, como um dos princípios e diretrizes do SUS, garante o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

O direito à saúde se destaca como o direito ao cuidado, cujos valores embutidos em suas práticas aportam os atributos doutrinários próprios dos direitos humanos, entendidos como o respeito à diversidade social, cultural e econômica <sup>(57)</sup>.

No cenário contemporâneo, observa-se o crescimento do papel de instituições jurídicas e de participação no processo de formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde. Isso produz arranjos e estratégias das mais variadas e, inclusive, diversas formas de associação entre tais instituições. Juízes, promotores de justiça, conselheiros de saúde e representantes de associações estabelecem, constantemente, sinergias e aproximações de seus saberes e práticas, que atuam na efetivação do direito à saúde e implementação de políticas públicas <sup>(57)</sup>.

Contudo percebe-se a importância de políticas de saúde para garantir e fortalecer a atenção ao usuário, assim como organizar a assistência à saúde em âmbito nacional.

---

---

## A.2 - Não garantia da Integralidade

### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

Este tema refere-se ao princípio da integralidade que alguma vezes fica dificultado no município, pois o paciente tem o atendimento inicial de que ele necessita; caso precise ir para a referencia, ele é encaminhado; no entanto, se essa referencia achar necessário um exame, ou uma interconsulta, ele volta para a atenção básica e terá que iniciar todo o processo novamente. Para se garantir a integralidade na sua forma ampla, é necessário que esse paciente tenha porta aberta diretamente da referência, para exames, interconsultas.

Segundo a Constituinte de 1988, o paciente deve ter um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais <sup>(1)</sup>.

O conceito de integralidade é polissêmico, com dimensões: éticas, políticas, democráticas, dentre outras.

O conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e

---

---

responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional <sup>(58)</sup>.

No Brasil, a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias <sup>(59)</sup>.

Para garantir a integralidade, é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, inclusive a polêmica atenção hospitalar <sup>(60)</sup>.

Imaginamos, portanto, que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Este é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais <sup>(60)</sup>.

Ainda segundo o conceito de integralidade, as pessoas são encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente <sup>(61)</sup>.

A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com

---

---

apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos <sup>(62)</sup>.

A garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os usuários. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos <sup>(61)</sup>.

Giovanella <sup>(63)</sup> buscou sistematizar e apresentar uma metodologia inovadora para avaliar se os sistemas municipais de saúde são mais, ou menos, integrais. Como ponto inicial, esta forma de organizar o sistema depende da vontade política, ao se definirem prioridades, e também de mudanças organizacionais e da forma de gestão do sistema de atenção. Em suma, os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas, quais sejam: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e famílias.

Apresentamos abaixo algumas falas da não garantia da integralidade:

*06.15. ... a partir do princípio que nós referenciamos o paciente ao serviço especializado deveria ser um nível de acompanhamento até chegar ao final, resolveu, não resolveu..*

---

---

*06.16. ... de repente esse paciente volta na unidade, ele vai ter que iniciar todo um processo de novo, as vezes por conta de uma interconsulta que esta relacionada com a patologia que ele foi encaminhado pra referencia e o nível dos municípios...*

*06.28. ... vamos dizer que ele teria outra patologia, daí ele passa la no serviço do HE. Não tem la ele vai contra-referenciar esse paciente, ao invés de ele referenciar pra um nível maior ainda que não tem la, não tem no município, ele vai pra outra cidade, ele manda o paciente de volta pra unidade... ela vai passar no clínico, ela vai ter que iniciar todo o processo...*

Conforme relato abaixo, outro fator que dificulta a continuidade deste atendimento preventivo é a demora dos exames devido à demanda reprimida existente. O paciente tem acesso aos serviços, no entanto essa demora pode ser fatal. Atualmente as metas de coleta de exames de citologia oncótica na Estratégia Saúde na Família são atingidas, conforme pactuado, cumprindo o seu papel na prevenção de câncer de colo de útero. Esses exames são encaminhados para outro município, e pode demorar algum tempo para chegar o resultado.

*06.34. ... nós temos programa de prevenção saúde da mulher, ai prevê o básico... o exame de papanicolau que demora tantos meses, ai ela passa no gineco, o ultra-som transvaginal demora tantos meses. Isso acaba criando até uma angústia no paciente... na espera de não saber o que tem, o que deixa de ter, então o fluxo de espera do sistema teriam que ser respeitado mais, teriam que ter mais vagas pro atendimento integral do paciente, o princípio da integralidade do SUS.*

Com isso, percebe-se a importância e necessidade da agilidade na entrega dos exames, para assim oferecer a prevenção de uma maneira melhor a este usuário.

---



---

As ações verticalizadas, via de regra, têm caráter autoritário e atropelam as demandas específicas da população. A integralidade pressupõe ações democráticas, ou seja, a horizontalidade de programas, organizados para o atendimento das necessidades coletivas e individuais, por meio de apreensão biopsicossocial do sujeito (indivíduo atendido em sua inteireza) e sistema de referência e contrarreferência (atendimento integral). Portanto a assistência integral e resolutiva, que se processa com economia de escala e de escopo, requer a existência de serviços de saúde integrados, conformando redes assistenciais, com interdependência entre atores e organizações. A fragmentação dessa rede, *“dividirá o evento da doença e a atenção entre partes que não se comunicam”*, comprometendo o atendimento integral e resolutivo <sup>(64)</sup>.

Por outro lado, a atenção não deve se limitar a garantir a assistência – “atenção promovida no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa, com custo certo” <sup>(64)</sup> – mas à integralidade da atenção à saúde que prevê movimentos em direção à promoção da saúde. Essa integralidade precisa ser observada na ESF. As unidades de PSF devem ser espaços de intervenção integradora sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e meio ambiente, eliminando-se as *“dicotomias entre ações preventivas e curativas, saúde individual e coletiva, atenção às pessoas e atenção ao meio”* <sup>(65)</sup>.

Cabe a todos o papel de protagonista na transformação dos conceitos e das práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde; isto pode começar através da universidade, do colegiado ou do departamento, mas se não chegar à sala de aula e à relação professor-aluno, de nada adiantará a

---

---

mudança nas diretrizes curriculares ou as imposições de um colegiado ou de uma universidade <sup>(66)</sup>.

“Além de organizar a linha de cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e, portanto, deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contratransferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário” <sup>(67)</sup>.

*06.19. ... nós não vemos o paciente como um todo, porque nós também não íamos conseguir atender a todos, mas se a gente atendesse 10 com a qualidade, em saber que o nosso trabalho preventivo ele resolveu, tudo bem, mas nós não conseguimos...*

A atenção básica tem como papel primordial a promoção à saúde e prevenção de doenças além do tratamento e recuperação a saúde, no entanto, muitas vezes por sobrecarga de serviços, número deficiente de funcionários, esta função fica dificultada. O mais importante de tudo é que para trabalhar na atenção básica, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família são necessários recursos humanos de qualidade no que se refere à assistência a esses pacientes.

Esse desafio em saúde deve ser trabalhado dia a dia, tentando proporcionar aos usuários informações, autonomia e cuidado, corresponsabilização pela sua saúde. Somente desta forma é que conseguiremos uma saúde melhor.

---

---

### A.3 – Resolubilidade

#### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

Com relação à resolubilidade dos problemas de saúde da população, não podemos deixar de levar em consideração a importância da relação usuário/profissional, através da comunicação apresentada na prática como as orientações em saúde, a fim de resolver o que não está bom e evitar futuras complicações decorrentes. No entanto, para isso, precisamos de recursos humanos capacitados para atuar neste processo.

O atendimento realizado na atenção básica deve visar à resolubilidade do problema do usuário, e caso o serviço de saúde não consiga tal objetivo, este deve ser encaminhado para um nível de maior complexidade para que o problema que o levou a procurar a atenção básica seja resolvido. Entretanto, para que a rede de serviços funcione é necessário que cada nível de complexidade seja resolutivo dos problemas de saúde individuais e coletivos de acordo com sua complexidade tecnológica. A legitimidade social e a credibilidade política de um sistema local e regional de saúde advêm da capacidade de resolução das demandas em cada nível de atenção. Assim, a rede de serviços deve estar capacitada em todos os seus pontos de acesso, atendendo-se ao princípio da resolubilidade e da integralidade<sup>(65)</sup>. Quando falamos em rede de serviços, refere-se a um conjunto de serviços de saúde integrados a fim de atender da melhor forma aquele usuário.

---

---

A fala abaixo nos revela a dificuldade do cumprimento destes princípios do SUS:

*05.18... E do ponto de vista desse conjunto de serviço que não forma uma rede nós na verdade estamos “enxugando gelo”... vê o paciente que, muitas vezes, sem que a gente tenha a capacidade de resolver o problema dele.*

*06.13. ... A maioria das vezes o paciente volta pra unidade...porque é o único lugar assim que vai dar uma acolhida pra ele, ainda não a contento, mais que vai ser a referencia dele para aquele atendimento...*

Uma das dificuldades é que para serem resolutivos, os três níveis de atenção à saúde devem estar integrados, a fim de resolver o problema do paciente. Mas esses serviços não são integrados, ficando muitas vezes a atenção básica sem ter o que fazer pelo paciente que aguarda uma vaga na especialidade.

Uma maior resolubilidade da assistência prestada em nível das Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários <sup>(67)</sup>.

Importante ressaltar a portaria 648/2006 <sup>(68)</sup> que dispõe sobre o número de usuários de cada equipe, e que um número acima deste resulta em atendimento a um número maior de usuários, sobrecarga e insatisfação dos profissionais, o que tende a diminuir a resolubilidade.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é muito importante. Há a necessidade de fazer com que este nível seja de fato efetivo, eficaz e eficiente e que resolva mais

---

---

de 80% das necessidades de saúde (em especial as de promoção da saúde e de prevenção de agravos), combinada toda a complexidade e a diversidade que a área tem <sup>(33)</sup>.

*06.07. ... a resolatividade ... mais de 80% esta na atenção básica...*

Um fato importante a ser considerado quando falamos em resolubilidade na Estratégia Saúde da família, refere-se ao trabalho do Agente comunitário em Saúde (ACS), profissional que tem um vínculo muito grande com o usuário, facilitando o acesso, e fornecendo informações a esta família no que se refere aos cuidados em saúde. No entanto, para que isso aconteça esses profissionais devem receber capacitações permanentes, para assim juntamente com toda a equipe da ESF – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentista e auxiliar de dentista – possam resolver os problemas da população através da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, fazendo cada profissional o seu papel, e trabalhando em conjunto.

Quando não temos o conhecimento do próprio ACS sobre a ESF, sua atuação fica fragmentada. Em uma pesquisa realizada em outro município, observou-se que a percepção do ACS era fragmentada e distorcida com relação ao seu desempenho: a maioria imaginava um trabalho burocrático ou protocolar, sem maior envolvimento com os assistidos ou com a equipe de saúde <sup>(69)</sup>.

---

---

De acordo com a Carta de Ottawa, promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação desta no controle desse processo.

Promover a saúde é capacitar a comunidade a melhorar a sua qualidade de vida, controlando esse processo. Parece claro afirmar que as ações de promoção da saúde independem da presença ou não de doença já que, com ou sem esta, todos os indivíduos precisam se alimentar adequadamente, morar bem, ter bom transporte, ter bom nível de instrução, acesso a lazer e recreação e outros recursos, que apontam para as condições de vida de tal comunidade <sup>(33)</sup>. E para isso acontecer temos que ter uma ESF capacitada, principalmente os ACS.

De acordo com a 13<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde, um dos Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI é Implantar a Política de Promoção da Saúde nos estados e municípios, com a constituição de comitês gestores intersetoriais e com controle social, incluindo as ações relacionadas ao conhecimento básico em saúde, alimentação saudável, atividades físicas regulares, combate ao tabagismo e redução do consumo de álcool, com desenvolvimento de projetos que visem à melhoria da qualidade de vida da população <sup>(56)</sup>.

As ações educativas são planejadas considerando-se o diagnóstico de saúde da comunidade, com enfoque às necessidades identificadas. As equipes utilizam as datas festivas do ano para adequar as ações em saúde, atentando para as características das famílias e o contexto específico daquela localidade <sup>(70)</sup>.

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários

---

---

e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Pela potencialidade desta metodologia, Vasconcelos <sup>(71)</sup> vislumbra as experiências de Educação Popular como forma de superação do fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida.

Quando se orienta e se cuida em equipe, não significa que se fragmenta o cuidar e nem se possibilita que a assistência fracasse; pelo contrário, trabalha-se para evitar agravos à saúde, que muitas vezes já denotam a ineficácia terapêutica devido à ausência de uma intervenção global, que considere o manejo do usuário no domicílio e na comunidade <sup>(72)</sup>.

Em relação à resolubilidade dos serviços de saúde da família, parece ser preciso enfrentar problemas, como: despreparo e qualificação insuficiente dos médicos de família; falta de mecanismos de relação do PSF com outros serviços (decorrentes, entre outras, das dificuldades de desenvolvimento de sistemas de referência e contrarreferência); precariedades das redes ambulatoriais e hospitalares locais existentes; e inadequação de um formato rígido para a composição dos profissionais das equipes, tendo em vista a existência de especificidades nas demandas entre as clientela das diferentes áreas adscritas <sup>(73)</sup>.

Com isso, temos que trabalhar reorganização do processo de trabalho na atenção básica, por meio do deslocamento do foco central no médico para uma

---

---

equipe interdisciplinar. Qualificação dos profissionais para o exercício de cuidado centrado em parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania. Elaboração de planos e projetos de assistência condizentes com as demandas daqueles e grupos específicos excluídos das práticas nas ESF <sup>(52)</sup>.

Na ESF, a existência de um espaço para o planejamento e organização do processo de trabalho da equipe encontrado na reunião dos profissionais, permite a oferta de um cuidado mais integral e resolutivo. A articulação entre os saberes dos vários profissionais possibilita a construção de um processo de trabalho coletivo, considerando a complexidade dos indivíduos <sup>(70)</sup>.

*06.21. Nós não temos... uma unidade básica resolutiva como deveria ser... o paciente não acredita no trabalho da equipe.*

Contribui para a baixa resolubilidade na rede básica, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário. <sup>(74)</sup>.

O exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta, onde o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, a relação sumária entre profissional e usuário. O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de

---



---

diagnose e terapia. O atual descuido com a saúde gera um excesso de encaminhamento para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário <sup>(74-75-76)</sup>.

Importante enfatizar que as transformações nas práticas passam pela emergência e valorização de novos saberes, frutos da maior penetração das dimensões subjetivas e sociais no campo biomédico; por uma postura mais dialógica dos prestadores de serviços de saúde com sua clientela e por uma abertura conceptual e científica em relação ao modelo biológico mecanicista, adotado pela biomedicina <sup>(73)</sup>.

Para garantir um bom atendimento à saúde, os profissionais devem ver o ser humano como um ser que vive em um local, que tem uma família, que trabalha, que tem problemas, sabe praticar a escuta qualificada, valoriza a clínica e trabalha o qualitativo. Somente assim poderemos ver a ESF como uma nova reformulação do modelo assistencial a saúde.

As equipes de saúde frequentemente deparam-se com questões como: quem acolhe? qual é o horário do acolhimento? em qual lugar? Tais perguntas mostram, muitas vezes, a dificuldade de apreensão, por parte dos trabalhadores, do que vem a ser o acolhimento” <sup>(77)</sup>. Ou seja, antes de qualquer coisa, acolhimento é postura e não mais um tipo de consulta que os profissionais são obrigados a fazer e a reservar espaços em suas agendas. Acolher significa acolher uma tristeza mórbida, uma alegria euforizante, uma dúvida perturbadora, uma espera angustiante, uma grosseria estúpida; tais afetos não têm hora para acontecer.

---

À ESF é atribuída grande expectativa enquanto reorganizadora da atenção básica, principalmente em relação ao acesso, acolhimento e vínculo. Entretanto, a recepção de um serviço de saúde, no qual trabalhadores não estão devidamente capacitados para realizar a escuta ao usuário, pode se configurar numa barreira de acesso, dificultando a chegada aos profissionais, impedindo o estabelecimento do vínculo entre comunidade e serviço <sup>(70)</sup>.

Enfim, permanecendo no modelo biomédico tradicional, não levando em consideração a história de vida dos sujeitos através do modelo processual na assistência á saúde, fica difícil termos resolubilidade na saúde.

#### **A.4 - Lógica/modelo dominante no sistema**

##### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

Este tema trata da modelo que ainda predomina no sistema de saúde, onde o usuário utiliza de planos de saúde e para procedimentos mais complexos esses serviços não oferecem cobertura e acabam indo para o SUS, uma vez que são universais.

Considerando o fator político de gestão da saúde, temos relatos de que promover política levando em consideração a atenção primária não tem tanto reconhecimento por parte da população.

---

---

*06.02. as vezes as pessoas tem um plano de saúde, mas só vai ter nele a atenção básica, quando ela precisa de média e alta complexidade ela volta pro SUS... independente da situação sócio-econômica...*

*06.09. ... dá mais dinheiro trabalhar a doença do que a saúde, lógico que isso tem fator político, tem gestores e tem tudo mais, então o que compensa mais?*

*06.10. ... de repente você fala la no bairro que esta trabalhando a prevenção, você não aparece, não vai dar ibope, não vai dar número, a população também não acredita nisso.*

*06.25....É lógico que ele vai ficar na alta complexidade com questões de financiamento consomem muito mais dinheiro e gera mais lucro a todos eles...*

De acordo com a fala abaixo, percebe-se a importância de se começar a trabalhar na atenção básica com ações preventivas e que promovam a saúde da população, e não somente a doença.

*06.08. ... ocorre o sistema de referencia e contra-referencia mais ainda nós trabalhamos somente a doença, nós não trabalhamos a prevenção, a promoção a recuperação, a proteção á saúde...*

A Saúde da Família surge como forma de reorganização da atenção básica, no entanto ainda atinge uma pequena parcela da população de Bauru. Estão em fase de implantação novas equipes, visto a atenção básica presente ser insuficiente para ações tão complexas e uma grande população.

---

---

É entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. É um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes saúde da família <sup>(78)</sup>.

A reorganização do sistema de saúde com necessidade de planejamento, a partir da análise loco-regional das diferentes realidades sociais e econômicas, num processo que respeite capacidade dos municípios e responsabilização, é um importante mecanismo de gestão para atendimento das necessidades em saúde das populações que buscam serviço público de saúde, localizadas nas diversas regiões do Estado <sup>(79)</sup>.

---

---

## A.5 - Cultura da população

### Interpretação e apresentação das falas originais:

A história das políticas de saúde no Brasil nos explica as falas abaixo. A saúde foi construída pensando somente no tratamento e quando foi pensada em prevenção da década de 80. Isso ficou só no papel, pois a verba que deveria ser repassada para o Ministério da Saúde iniciar a parte preventiva não foi repassada, ficando mais uma vez a prevenção à saúde de lado. Devido a isso, a população tem um descrédito em relação ao profissional generalista. A população gosta mesmo é de ir ao especialista, do que solicita exames, que é uma visão errônea em saúde.

Um problema na execução da APS é a disputa de reconhecimento com a alta tecnologia dos outros níveis. Assim, constrói-se uma ideologia de maior importância dos outros níveis diante da comunidade e, sobretudo daqueles que de fato consomem os serviços de saúde <sup>(33)</sup>.

Não podemos nos esquecer que a ESF utiliza principalmente as tecnologias leves, que são as tecnologias do vínculo com o paciente, uma das mais difíceis de conseguir.

Outro problema que contribui para o descrédito das ações na atenção básica é que algumas vezes alguns profissionais deixam-se ser conduzidos pelos pedidos da população, ou até mesmo por não gostar de trabalhar questões de prevenção, fazendo um atendimento meramente prescritivo, sem praticar um atendimento com

---

---

todas as vertentes dos problemas de saúde daquele indivíduo. Isso gera menor resolubilidade em saúde. O paciente é atendido, mas seu problema não é resolvido.

Um dos desafios da ESF é mudar essa realidade. A ESF muda o enfoque da assistência à doença para a promoção da saúde e, portanto, da qualidade de vida, exigindo do setor de saúde uma ação articulada com outros setores da administração pública e com setores organizados da sociedade <sup>(80)</sup>.

*06.05. ... Com relação ao PSF... a população ainda não acredita...*

*06.06. ... foi embutido ... um modelo que só trata bem quem é especializado... a população tem um descrédito com relação a isso...*

*06.11. Ele quer ficar doente e ter médico, ter especialista, quer cirurgia e tudo mais...*

*06.30. ...a demanda vem disso, de que o paciente acredita somente no especialista, no que cuida de partes. Ele não aceita que o médico veja ele como um todo e trate ele como um todo. Então as demandas vão surgir mais.*

*06.31. Os exames tem que ser cada vez mais específicos e preciso para que haja o diagnóstico, na visão principalmente do paciente...*

Formou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e inúmeros exames, medicamentos e consultas especializadas <sup>(67)</sup>. Com isso, a

---

demanda a especialistas aumenta; esse é um dos fatores que explicam as grandes filas.

Pretende-se recuperar o valor que têm os atos assistenciais fundantes da clínica. A propedêutica e um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, devem ser levadas ao limite das suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico <sup>(67)</sup>.

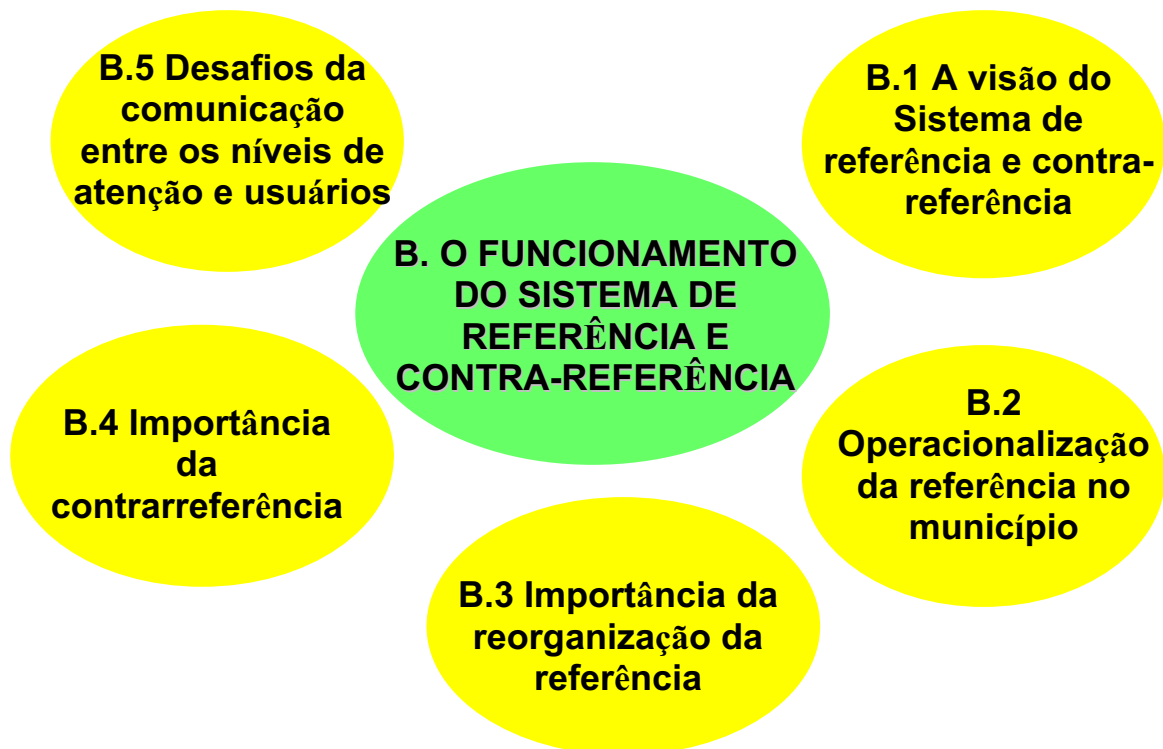
---

---

**CATEGORIA B: O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA.**

Nesta categoria aparecem os seguintes temas:

## **CATEGORIA B**





---

## **B.1 – A visão do Sistema de referência e contrarreferência**

### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

O município de Bauru divide a referência de duas formas: a imediata que é a clínica básica e a mediata que são os especialistas. A partir do momento em que este usuário foi atendido na Estratégia Saúde da Família, caso seja necessário, ele será referenciado. Um dos grandes problemas enfrentados atualmente é que todos esses serviços de saúde deveriam formar uma rede de assistência, interligada, a fim de oferecer serviços de saúde nas diversas complexidades com continuidade da assistência em cada nível, e não tendo que reiniciar a assistência como muitas vezes acontece.

O modelo tecno-assistencial tem como base um conjunto de Unidades de Saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura, com a missão de oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do SUS. Os serviços ambulatoriais são constituídos pelas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como hospitais distritais. Os serviços hospitalares de maior complexidade, composto pelos hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual, ou até mesmo, nacional. Com isso,

---

---

haveria uma racionalização do atendimento, a implantação de um fluxo ordenado de pacientes por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados <sup>(81)</sup>.

*01.01 Em relação ao sistema de referência e contra-referência a gente pode classificar de duas formas no PSF, então tem aquela referência que é imediata ... que precisa de uma segunda avaliação, de um especialista, daí na clínica básica que seria a pediatria, ginecologia e obstetrícia ... Isso é o que a gente chama de referência imediata e aí a própria chefia da unidade é quem faz esse contato com as unidades pra ver aonde tem vaga.*

*01.03. ... a questão da referência mediata seriam os especialistas que ficam nas unidades prestadoras né...*

*05.01 ...as unidades que adotaram o modelo saúde da família sofrem exatamente o mesmo problema que sofrem as outras unidades de atenção... que é ter um sistema de referência e contra-referência muito precário, e isso na verdade contamina o sistema na cidade como um todo.*

*05.02 ... Bauru como sistema de saúde... temos um conjunto de serviços de saúde onde cada um funciona com a sua lógica, com seus interesses e isso não consegue formar uma rede... referência e contra-referência seria um instrumento, uma ferramenta, não é que essa ferramenta não funcione, nós não temos uma rede constituída pra que se possa aplicar essa ferramenta...*

O sistema de referência e contrarreferência funciona como uma ferramenta para o funcionamento do SUS. No entanto, sem uma rede de serviços de saúde estruturada e comunicante, que divida os mesmos interesses essa ferramenta não consegue funcionar na prática. Hoje os serviços acabam funcionando de forma

---

---

fragmentada, cada serviço com os seus próprios interesses, não havendo essa comunicação entre os diversos níveis.

*06.04. ... sistema de referencia e contra-referencia... o paciente é atendido, a porta de entrada é a atenção básica e ele pra ter um diagnóstico ele vai ter que ser referenciado na média, na alta e assim nos outros níveis.*

*06.32. ... o sistema de referência e contra-referência ele vai dar o suporte ao sistema do SUS, os princípios, principalmente a integralidade porque ele vai fazer esse acompanhamento, o paciente vai ter essa acolhida, ele vai ser referenciado, contra-referenciado, então ele vai respeitar os princípios do SUS que é a integralidade... os princípios estão aí... nós técnicos temos que defender...*

A integralidade precisa ser um movimento para além da doença e do sofrimento a fim de apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos, defender a vida de todos, especialmente a dos mais vulneráveis. Assim o dizemos por que a integralidade impescinde da estruturação das ações e serviços de saúde, da priorização das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Ela requer uma prática em que o indivíduo ou o coletivo alvo do cuidado seja compreendido conforme a sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural. Exige que o cuidado integral seja defendido como proposta ética, como uma atitude cuja essência seja a compreensão do emaranhado de inter-relações que sustentam a vida. Daí porque concordamos com aqueles autores para quem a integralidade continua sendo um problema na prestação da assistência promovida pelo PSF dada a persistência da necessidade de reorientação do trabalho em saúde <sup>(82)</sup>, e da garantia da referência e contrarreferência, da alocação de recursos necessários, como pressupostos imprescindíveis para o acesso universal.

---

A busca por mecanismos facilitadores para o estabelecimento de processos de referência e contrarreferência pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade <sup>(83)</sup>.

Com isso, deve-se garantir e estabelecer o serviço e os protocolos de referência e contrarreferência com objetivo de assegurar o tratamento e acompanhamento do paciente entre os serviços próprios e conveniados, de preferência mais próximos ao município <sup>(56)</sup>.

## **B.2 – Operacionalização da referência no município**

### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

Quando o médico da Estratégia Saúde da Família necessitar, ele referencia o usuário ou para a referência imediata, que são os clínicos: ginecologista, pediatra, que ficam nas unidades básicas que é gerenciado pelo município, ou ele encaminha para as especialidades que contempla o Hospital Estadual Bauru, um pouco do Hospital de Base e Centrinho, e agora o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) que é gerenciado pelo Estado.

Com relação aos serviços municipais, citamos os serviços de saúde mental que ainda funcionam de forma fragmentada, mas estão avançando, o serviço de

---

---

orientação e prevenção de câncer (SOPC) e os serviços de moléstias infecciosas DST/AIDS.

*02.01. ... o médico que é generalista necessitar de uma orientação de um ginecologista, essa consulta é agendada em uma unidade básica, o paciente vai para a consulta ...*

Com o matriciamento, esses encaminhamentos poderiam ser diminuídos, pois a atenção básica conseguiria resolver mais problemas da comunidade, não necessitando encaminhar esse usuário em alguns momentos. Assunto este discutido mais adiante.

*02.03. Com relação a consultas de especialidades, que as vezes também a gente tem que encaminhar... ai já contempla o Hospital Estadual, contempla agora o AME...*

*02.06. Pra especialidades... quem dá a vaga é o Estado... seria o Hospital Estadual, agora a gente tem o AME...*

*04.13 ...ontem mesmo, eu necessitei, tinha um encaminhamento de uma criança de 3 anos que necessitava urgente de um gastro pediátrico então, já tinha feito planilha com urgência pra central de agendamento, essa central de agendamento fica na secretaria municipal de saúde, então eu liguei la e nós falamos:...é uma pacientzinha, uma menina que esta necessitando de mais com urgência isso, e o que ela me respondeu: olha infelizmente, no momento o Hospital Estadual aonde que a gente utiliza mais essa especialidade não tem gastro pediátrico no momento, então nós que estamos ali na atenção básica, nós ficamos... um tanto chateados por não poder, sabendo de tudo o que o paciente esta passando, que a mãe esta passando e não poder resolver...*

O grande problema é quando não há determinado especialista, fato este que acontece para gastro-pediatria e nefrologista (conforme relato abaixo); nesse caso, o

---

usuário fica em uma fila de espera para uma especialidade onde não há profissional, conforme relatos abaixo. Estes casos são repassados para o Departamento Regional de Saúde que deverá encaminhar este paciente para outro município que contemple esses profissionais

A regionalização em Saúde é entendida como um processo de organização das ações de saúde numa determinada região, que visa universalidade do acesso, à equidade, à integralidade e à resolubilidade. Para tanto, a regionalização compreende o mapeamento das referências e, quando os municípios estiverem impossibilitados de oferecer determinados serviços de saúde à comunidade, este deve interatuar com outros municípios, a fim de um município compensar o outro, e para que a população receba a assistência necessária <sup>(84)</sup>.

De acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/02 <sup>(85)</sup>, o processo de regionalização foi criado como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, devendo contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. A regionalização foi criada para garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

---

---

*05.23 O município tem alguns serviços de referência... até 2009 praticamente só o Hospital Estadual e um pouco no Hospital de Base... esta meio fragmentada em outro serviço, alguma outra especialidade no centrinho e tal, mas o grosso era no Hospital Estadual e agora basicamente no Hospital Estadual e AME.*

*05.24 E pros serviços municipais, eles são muito localizados em determinadas questões... uma questão em que nós atuamos é na área de doenças infecciosas né, tem um centro de referência em DST/AIDS, isso é o miúdo do atendimento que foi montado a nível de país pra atender especificamente a questão da AIDS... Hoje esta se ampliando um pouco pra outras doenças infecciosas, mas ainda há limitações no atendimento...*

As atividades de assistência aos doentes de AIDS estiveram presentes desde as primeiras respostas do estado brasileiro à epidemia, no início de 1983, com a organização do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo. Dois aspectos merecem destaque nessa fase inicial: a articulação orgânica da vigilância epidemiológica ao atendimento dos casos <sup>(86)</sup>, definindo critérios para diagnóstico e fluxos de informação; e a presença atuante do movimento social organizado, particularmente do movimento gay <sup>(87)</sup>. A região Sudeste foi a mais atingida pela epidemia de aids. Desde então, vem-se observando uma redução gradativa das taxas de incidência <sup>(88)</sup>.

No início dos anos 90, com a consolidação do Programa Nacional de DST/AIDS, definiram-se diretrizes para a organização da assistência, entre as quais a instalação de serviços ambulatoriais especializados <sup>(89)</sup>.

O objetivo do Programa Nacional de DST/AIDS visa: fortalecer a efetividade e eficiência do Programa Brasileiro de DST e HIV/Aids e garantir sua sustentabilidade a médio e longo prazos; reduzir a incidência de DST e HIV; melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão vivendo com HIV/AIDS; expandir a qualidade e acesso

---

---

às ações de atenção e prevenção; reduzir a discriminação e o preconceito, e fortalecer os direitos humanos relacionados à epidemia de HIV/aids e outras DST; aumentar a efetividade das ações por meio do desenvolvimento e incorporação de tecnologias estratégicas; descentralizar o financiamento e a gestão aos estados e municípios e promover processos de gestão com base em desempenho e resultados<sup>(88)</sup>.

Em 2004, estimou-se que 600 mil indivíduos de 15 a 49 anos estariam vivendo com HIV/aids no Brasil, com estimativa média de 208.898 mulheres e 384.889 homens vivendo com HIV/aids no país<sup>(88)</sup>.

O diagnóstico e o tratamento precoce são os principais componentes dos programas de controle das DST. O método tradicional para o diagnóstico tem sido o de exames laboratoriais, evidenciando o agente etiológico<sup>(88)</sup>.

Importante ressaltar que mesmo tendo essa referência em DST/AIDS, a ESF continua acompanhamento a este usuário, fazendo trabalho conjunto com a referência. O acesso deste usuário na referência é de extrema importância para garantir o diagnóstico e o tratamento através de medicamentos específicos; por isso, deve ser um acesso fácil e rápido.

No entanto, quando falamos em DST/AIDS, não podemos desconsiderar as doenças sexualmente transmissíveis e também a atuação da ESF na prevenção dessas doenças através de exames de citologia oncológica e exames laboratoriais quando necessário. E caso haja necessidade, encaminhar este paciente portador de uma DST á referencia.

---



---

A Organização Mundial da Saúde <sup>(90)</sup> propõe, neste texto, o modelo de atenção denominado de cuidados inovadores para as condições crônicas. Este é um documento básico para se entender os fundamentos das redes de atenção à saúde porque ele introduz uma visão nova de tipificação das enfermidades, diferente da clássica divisão entre doenças transmissíveis e não transmissíveis, ao propor os conceitos de condições crônicas e condições agudas. Esta nova tipologia se presta melhor que a clássica, mais conhecida, para a organização dos sistemas de saúde e, especialmente, para a construção de redes de atenção à saúde.

*05.25 A outra área especializada que nós temos é na área de saúde do trabalhador, que tem essa idéia de fazer matriciamento, ensinar a rede a detectar problema, empoderar a rede no funcionamento desse sistema de atendimento, mas ainda precisa de uma série de desenvolvimento interno...*

O serviço municipal no que se refere à saúde do trabalhador é o Centro de Referência em Saúde do trabalhador (CEREST), onde o médico da ESF atende o usuário e caso haja necessidade este é encaminhado a este serviço.

O campo da saúde do trabalhador é definido, no artigo 6º da Lei nº 8.080/90<sup>(2)</sup> como *conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho* consideradas como atribuições do SUS.

As condições dos serviços algumas vezes predispõem estes trabalhadores a algumas doenças relacionadas ao trabalho, seja por movimentos repetitivos, ou a

---

---

não utilização de equipamentos de proteção individual que é obrigatório. Enfim, as empresas atualmente devem cumprir com as legislações no que se refere à saúde do trabalhador. Mais importante ainda é a prevenção; os empregadores devem atuar a fim de que evitem o adoecimento deste empregado, realizando campanhas, orientações e acompanhamento da saúde dessas pessoas dentro das instituições.

As inter-relações produção/trabalho, ambiente e saúde, determinadas pelo modo de produção e consumo hegemônico em uma dada sociedade, são a principal referência para se entender as condições de vida, o perfil de adoecimento e morte das pessoas, a vulnerabilidade diferenciada de certos grupos sociais e a degradação ambiental e, assim, para construir alternativas de mudança capazes de garantir vida e saúde para o ambiente e a população <sup>(91)</sup>.

Desta forma, faz-se necessário entender a dinâmica das condições de produção das pessoas e assim prevenir doenças, promover a saúde, tratar e recuperar.

*05.26 Nós temos serviços que chama serviço de orientação e prevenção do câncer que atua um pouco na área oncológica... é um serviço pequeno pra uma demanda de oncologia de uma cidade do tamanho de Bauru...*

Fundamental ressaltar a importância da atuação de serviços sobre prevenção e orientação de câncer, visto que o estilo de vida das pessoas na vida moderna muitas vezes predispõe essa população a um risco maior de apresentar câncer. Com esses serviços auxiliando a Estratégia Saúde da Família tanto na prevenção e

---

---

orientação sobre câncer, a população obtém uma assistência á saúde mais completa.

O processo de reorganização global (padrões de vida com uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo) determinou grande modificação nos padrões de saúde-doença no mundo. Tal modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer <sup>(92-93)</sup>.

De acordo com os dados de dez registros de câncer de base populacional do Brasil, os tumores mais frequentes no país são próstata, pulmão, estômago, cólon e reto e esôfago na população masculina. Em mulheres, predomina o câncer de mama, seguido pelos cânceres de colo de úterino, cólon e reto, pulmão e estômago <sup>(94)</sup>. Estes dados reforçam a importância da prevenção através de exames de rotina e a conscientização da população dos fatores de risco para determinados cânceres, através de profissionais comprometidos com a sua função na prevenção de doenças.

*05.27 E uma área que nós fazemos bastante é a área de saúde mental, nós temos vários serviços instalados e nós estamos vivendo agora uma transição de modelo...*

Transição de modelos refere-se à reforma psiquiátrica brasileira, onde o paciente não fica mais institucionalizado, fazendo acompanhamento em serviços de

---

---

saúde mental (CAPS) e dando a continuidade destes atendimentos na Estratégia Saúde da Família, fato este que está iniciando no município.

*06.24. ... nós temos demanda hoje, nós não temos referencia pra nefro consulta e eletiva. Porque tem pessoas que afirma: a nefro já é uma alta complexidade, não ele vai ficar la nessa complexidade com hemodiálise, diálise, se ele não tiver acompanhamento não eletivo então quando ele chegar la e já esta com o rim comprometido...*

Conforme relato acima, percebe-se que não tem a especialidade nefrologia consulta e eletiva no município.

*04.14 ...porque isso não é da nossa alçada resolver, é mais... secretaria do estado... a especialidade é mais do estado, e nem tanto o municipal.*

*01.10. ... em relação a essa referência imediata se a gente for implantar o ano que vem o NASF né isso vai ajudar bastante porque pra essas referências mais comuns da clínica básica... vai ser um apoio matricial só pra saúde da família...então com certeza a gente vai ter a contra-referência porque todo mundo esta acompanhando o mesmo paciente, tem o mesmo objetivo e trabalha dentro de um mesmo modelo...*

O NASF será um grande avanço com relação ao matriciamento em saúde da Família. Com o trabalho conjunto do especialista e do clínico geral que se encontra na ESF o usuário sairá beneficiado, e conseqüentemente o número de encaminhamentos também reduzirá, pois a resolubilidade na Estratégia Saúde da Família aumentará.

A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos

---

---

processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS <sup>(19)</sup>.

*01.11. ...outras especialidades agora com o AME né a gente vai começar uma experiência nova, então esses profissionais que estão lá agora talvez eles façam de uma forma melhor essa contra-referência tão importante pra quem está na básica...*

*05.21 No final de 2009 foi inaugurado, o ambulatório médico de especialidades, isso eu acho que vai dar uma boa ajuda pra desafogar, embora eles não vai atingir a totalidade do que a gente precisa de atendimento..*

Espera-se que com o AME e com o NASF, inicie-se a contrarreferência, para garantir a continuidade do atendimento na Estratégia Saúde da Família.

### **B.3 - Importância da reorganização da referência**

#### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

A administração dos serviços de saúde no município de Bauru fica organizada da seguinte forma: serviços de baixa complexidade, gerenciados pelo município e serviços de média e alta complexidade, gerenciados pelo Estado. O grande problema é que o município também gerencia os serviços de urgência e emergência, e quando este usuário necessita de uma internação fica a dispor do Estado.

---

---

Essa gestão não única dos serviços dificulta a prática, pois cada gestão fala de uma forma, e o município não tem a quantidade de especialidade de que necessita, o que dificulta a assistência prestada ao usuário, e surge a demanda reprimida.

*05.09 Isso também é um pouco decorrência... do baixo grau de absorção do serviço de média e alta complexidade na gestão municipal... No município de Bauru os serviços de média e alta complexidade estão basicamente sob gestão do nível da esfera Estadual de governo... Mas é um entendimento torto e local não tem nada, alias sem nenhum embasamento conceitual, sem nenhum respaldo conceitual dentro dos preceitos do SUS...*

*05.10 ... a quase totalidade dos recursos que se destinam a média e alta complexidade se destinam aos serviços que estão sob gestão do Estado e não se destinam aos serviços que estão sob gestão do município, isso gera problemas não só do ponto de vista do fluxo dos pacientes na chamada atenção ambulatorial, do ponto de vista da atenção hospitalar também é grave, porque o município é o responsável pela rede de urgência e emergência, recebe o caso, não tem aonde internar, e também sob o ponto de vista de internações hospitalares isso não está sob gestão do município...*

*06.26. ... demanda sempre vai ser oferta, e enquanto não ocorrer a municipalização do serviço pro município comprar a especializada dele de acordo com que ele tem de demanda, de acordo com o que ele tem de necessidade, e ainda não engolir do Estado o que ele oferta da forma com que ele quer, no número que ele quer, sem ser essa realidade é difícil ...você trabalhar com sistema de referencia e contra-referencia.*

*06.33. ... o paciente vem pra ca, vai pra la, volta sem nada, chega la ele fica desesperado, porque a partir do princípio que ele passa num serviço, os serviços entre si não conversam... dentro de uma gestão única é mais fácil você trabalhar isso.*

*06.20. ... muitas vezes o atendimento é referenciado também sem necessidade.*

---

---

Fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido, revela certo modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário. A resolubilidade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde <sup>(67)</sup>.

Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica <sup>(67)</sup>.

*06.23. ...ou ele vai pra lá ou tratou de outra forma porque o problema dele não era tão grave então foi feito um encaminhamento desnecessário ou ele vai morrer e chegar a situações lamentáveis de saúde, até com falta de dignidade.*

#### **B.4 - Importância da contrarreferência**

##### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

Contrarreferência refere-se ao ato formal de encaminhamento do usuário ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência <sup>(20)</sup>.

---

---

Com relação a este tema, podemos colocar que a contrarreferencia é muito importante para a continuidade da assistência e do tratamento ao usuário que volta à Estratégia Saúde da Família, pois assim esses profissionais da atenção básica saberão o que foi feito com este paciente, como ele deve ser acompanhado. No entanto, percebe-se de acordo com as falas que este fato quase não acontece, somente em alguns casos é encaminhada essa contrarreferencia, por exemplo, o Hospital Estadual encaminha a contrarreferencia algumas vezes.

Para o funcionamento desejado, o primeiro nível de assistência deve ser dado por meio da Estratégia Saúde da Família, que se constitui a porta de entrada regular do sistema. No caso de necessidade de atenção secundária ou terciária, os usuários são referenciados a determinado estabelecimento de saúde de maior complexidade, geralmente um centro regional mais próximo. Uma vez realizada a atenção, esse estabelecimento deverá emitir a contrarreferência que pode ser entendida como o encaminhamento do paciente à sua unidade de origem, após a resolução da queixa que orientou a referência <sup>(95)</sup>.

*01.09. ...a saúde da família quando ele encaminha pra uma dessas referências ele não deixa de acompanhar o paciente né, ele continua sendo responsável por ele, mas pra dar essa continuidade de uma maneira mais adequada ele precisaria saber o que esse especialista avaliou...*

*03.02 Os médicos reclamam da falta de contra-referência porque eles querem dar continuidade ao tratamento aqui... porque ele continua passando na unidade...*

*03.08 ... ele vai passar com pelo psiquiatra, vai tomar medicação que o psiquiatra vai prescrever, agora se o psiquiatra manda essa contra-referência, olha o paciente tem tal coisa, vai tomar a medicação tal né, de tanto em tanto tempo fazer o controle... então o médico tá consciente, porque o médico não é psiquiatra... ele tem*

---



---

*condições de fazer um acompanhamento melhor... isso ajudaria muito o acompanhamento do médico com esse paciente.*

É de extrema importância essa contrarreferência aos usuários que são encaminhados para a saúde mental para que a Estratégia Saúde da Família possa desempenhar suas ações de saúde mental e oferecer a continuidade do tratamento e reabilitação dos mesmos. As duas unidades – referência e ESF – devem trabalhar conjuntamente, mas para que isso aconteça deve realmente acontecer a contrarreferência.

*03.09 Inclusive por PSF eu acho assim, você tem a contra-referência, mandou pra especialidade, voltou, você sabe realmente, olha então realmente é o que eu imaginava que pudesse ser, então o tratamento vai ser diferente entendeu, a conduta médica vai ser outra, o acompanhamento vai ser em cima daquela patologia do paciente...*

*04.01. ... contra-referência é muito importante... se a gente encaminha o paciente pra uma outra atenção... nós os técnicos que ficamos na atenção básica necessitamos demais dessa contra-referência... pra saber o que que foi feito, qual o tratamento...*

*04.04 ...aquele paciente é meu e eu vou continuar pensando nele, não é porque ele foi la num outro nível que ele vai ficar lá, não, ele vai voltar porque ele é meu... é da atenção básica...*

*04.06 ...as vezes por falta, por os profissionais acharem ah. Porque não tem tempo pra fazer isso aquilo, então acaba não fazendo... isso é muito importante...para o paciente e pra quem esta la na atenção básica que foi quem encaminhou ele pra la...*

---

---

A falta de tempo muitas vezes é a justificativa dos profissionais da referência para não se fazer a contrarreferência. No entanto, esses profissionais devem ser conscientizados da importância desta para os profissionais da Estratégia Saúde da Família na continuidade e integralidade do atendimento dos usuários.

O relatório da conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde salienta que o encaminhamento é um processo que se deve desenvolver em dois sentidos e que a retenção do usuário numa instituição deve ser a mais breve possível. Tão logo seu restabelecimento possa ser mantido por meios mais simples, o melhor é fazê-lo retornar a comunidade e, simultaneamente, fornecer informações claras sobre as constatações clínicas e o tratamento ministrado, bem como sobre a atenção adicional requerida <sup>(96)</sup>.

*01.02. ...A gente vê que a maioria das vezes não retorna essa contra-referência...*

*01.07. ...esses profissionais também deveriam estar retornando o paciente encaminhando de volta para a unidade também com uma contra-referência. Mas com a gente né nem sempre isso acontece...*

*02.02. ...raríssimas vezes vem uma contra-referência, né, então isso é muito difícil ...*

*02.04. ...dificilmente também vem uma contra-referência, porque ou o paciente vai e continua todo o seu atendimento la ou esse paciente vai, é atendido e retorna sem uma contra-referência, então é uma dificuldade muito grande do município, da unidade de saúde da família essa questão contra-referência, que eu posso dizer que não existe...*

---

---

02.13. *A conseqüência é que o médico encaminha e ele não sabe o que foi feito...*

03.01... *o paciente vai e não vem um contra-referência... a gente não sabe o que aconteceu na outra consulta, então isso faz muita falta, não existe. De três anos que nós estamos aqui eu acho que eu vi de duas a três contra-referência...*

05.35 *os pacientes não são devolvidos pra atenção básica por aquele problema que ele foi lá procurar. Quando eles são devolvidos, eles são devolvidos com uma orientação voltada para o próprio paciente, o próprio doente, essa orientação não é voltada num processo de interlocução para os profissionais que estão lá na atenção básica...*

04.02 ... *em 99% não há essa contra-referência infelizmente...e isso aí eu não digo só de médicos não, digo de todas as categorias profissionais... categoria seja médico, seja enfermeiro, seja assistente social...*

04.05 ...*umas duas vezes eu peguei contra-referência... só que uma delas eu não entendi, sinceramente, era de um médico, era uns garranchos que não foi entendido, e uma vez era, foi de uma assistente social.*

04.10. *Então eu tendo ali por escrito seria assim a coisa maravilhosa, mas isso é sonho.*

05.04 ...*quando você consegue esse atendimento o local de referência que atende o caso capta o caso e se apropria dele sem dar qualquer satisfação pra atenção básica...*

05.05 ...*o sistema de contra-referência é ainda pior que o sistema de referência...*

05.34 ... *nada funciona do ponto de vista de contra-referência...*

06.12. *O paciente passa lá na unidade e ele é referenciado pra um serviço especializado, nós não temos a contra-referencia de volta como deveria...*

---

*01.08. ... o Hospital Estadual que é um dos nossos prestadores daqui, eles encaminham uma contra-referência...*

Importante ressaltar que outros trabalhos foram realizados em relação à referência e contrarreferência. Um trabalho realizado em 1996 no município de Botucatu nos revela a dificuldade de recebimento da contrarreferência, mesmo resultado encontrado no presente trabalho <sup>(34)</sup>.

Contudo, percebe-se que a dificuldade em relação à contrarreferência não é de hoje, acontece desde a implantação do SUS e persiste. Cabe a conscientização dos serviços especializados sobre a importância da contrarreferência não somente para o profissional da ESF, como também para a assistência prestada ao usuário.

## **B.5 – Desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários**

### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

Em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde (APS). Teoricamente Integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na

---

---

prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos <sup>(97)</sup>.

É necessária a oferta organizada de assistência preventiva, curativa e de reabilitação, garantindo-se referência e contrarreferência em uma rede articulada entre os três níveis de atenção à saúde, com fluxos e percursos definidos e ordenados espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território <sup>(59)</sup>.

Uma política de saúde que advoga em favor de um Sistema Único de Saúde deve prever e empreender esforços, para garantir o funcionamento adequado e articulado das unidades prestadoras de serviços de saúde, para responder às necessidades de saúde da população em nível local. Nessa lógica, através da melhoria das condições de vida, obter-se-ia uma melhoria no perfil de saúde e o sistema local de saúde daria respostas efetivas às pessoas que buscam os serviços públicos de saúde, proporcionando a maior resolutividade possível na vigência de algum agravo à saúde <sup>(34)</sup>.

Existem dez critérios propostos para que os pacientes possam se assegurar de que realmente existe um sistema integrado de serviços <sup>(97)</sup>:

- não precisar repetir sua história em cada atendimento;
  - não precisar se submeter a repetições inúteis de exames;
  - não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos;
-

- 
- não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível (superior ou inferior);
  - dispor de 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária;
  - receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas;
  - ter acesso fácil (por exemplo, telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais;
  - dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção;
  - ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos;
  - receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia.

*05.15 ...então são serviços fragmentados mesmo, é um conjunto de serviços de saúde, cada um na sua, isso não forma uma rede, na medida em que não forma uma rede você não consegue ter um fluxo de informações.*

Os serviços de saúde do município de Bauru não formam uma rede de assistência à saúde e, conseqüentemente, essa assistência acontece de forma fragmentada. Os serviços não se comunicam entre si. Não existe a

---

---

contrarreferencia. Acredita-se que um fato importante para melhorar o quadro atual seria um sistema de informação que abrangesse os diversos níveis de atenção á saúde, assunto que é discutido mais adiante.

*06.18. ... Quando ele vai nessa consulta especializada, se isso gerar um procedimento que necessita da alta complexidade, nós não sabemos, se o paciente não voltar lá na unidade depois e falar. Porque a partir que ele vai pra essa alta complexidade nós não sabemos se ele vai fazer cirurgia, se ele foi a óbito, o que que vai acontecer com esse paciente.*

*02.14. ...porque o paciente não sabe contar, ele não sabe nem o nome do médico que atendeu ele lá... ele sabe que tem um encaminhamento mas ele não sabe pra onde que é...*

*02.15. ... a orientação que eu dou pra eles quando eles vem aqui: Toda vez que o senhor for lá no Estadual, ou qualquer médico, qualquer unidade de saúde que o senhor vai, pergunta qual é o nome do profissional que esta atendendo o senhor, se for preciso anota em um papelzinho ... porque as vezes ele vai passar no especialista, não existindo essa contra-referência, ele muitas vezes não sabe dar o retorno pro médico aqui do jeito que foi feito...*

*04.03. ...porque não acontecendo isso o paciente volta pra mim...eu vou perguntar pra ele: o que o médico...o que aquela enfermeira é, o tratamento feito com você, ele vai falar da maneira como ele entendeu, e as vezes não é tanto certo como eu um técnico deveria...*

*04.07 ...as autoridades acima da gente teriam que ver mais isso sabe ... orientação pra que esses profissionais técnicos pra que comecem a fazer... fazer um curso da importância da contra referência sabe no município de Bauru...*

O relacionamento interpessoal e a informalidade aparecem como determinantes ou facilitadores de muitos encaminhamentos e a informação sobre os atendimentos realizados a partir dos encaminhamentos, dependem, quase que exclusivamente, do relato do usuário <sup>(98)</sup>.

---

---

Este é uma dos grandes problemas para uma assistência integral ao usuário: a inexistência da contrarreferência e as informações dependendo quase que exclusivamente dos usuários. Muitas vezes o usuário retorna à unidade de origem sem os dados necessários ao seguimento e transmite as informações na linguagem dele, quando consegue transmiti-las. O resgate das informações depende, portanto, desse contato com o usuário quando este retorna para retirar medicamentos prescritos pelos outros serviços, de realização de visita domiciliar ao cliente quando necessário ou do contato pessoal entre os profissionais <sup>(98)</sup>.

*04.08...você pergunta para o paciente, então ele vai falar da maneira como ele entendeu, as vezes ele não entendeu...*

*05.36 ...o máximo que acontece do ponto de vista de contra-referência... é o paciente levar um recado para o profissional que esta na ponta, isso eu considero que um sistema deste tipo, não tem contra-referência...*

*06.14. ... ele volta sem uma contra-referencia formal e ele fala: ó o médico falou que eu estou com câncer, que eu preciso disso e disso...*

Devido à inexistência da contrarreferência, a comunicação sobre o atendimento do usuário acontece através do próprio usuário. Ele praticamente leva um recado ao profissional da Estratégia Saúde da Família do que o médico da especialidade falou. No entanto, muitas vezes nem o usuário entendeu o seu problema de saúde, o tratamento e orientações fornecidas.

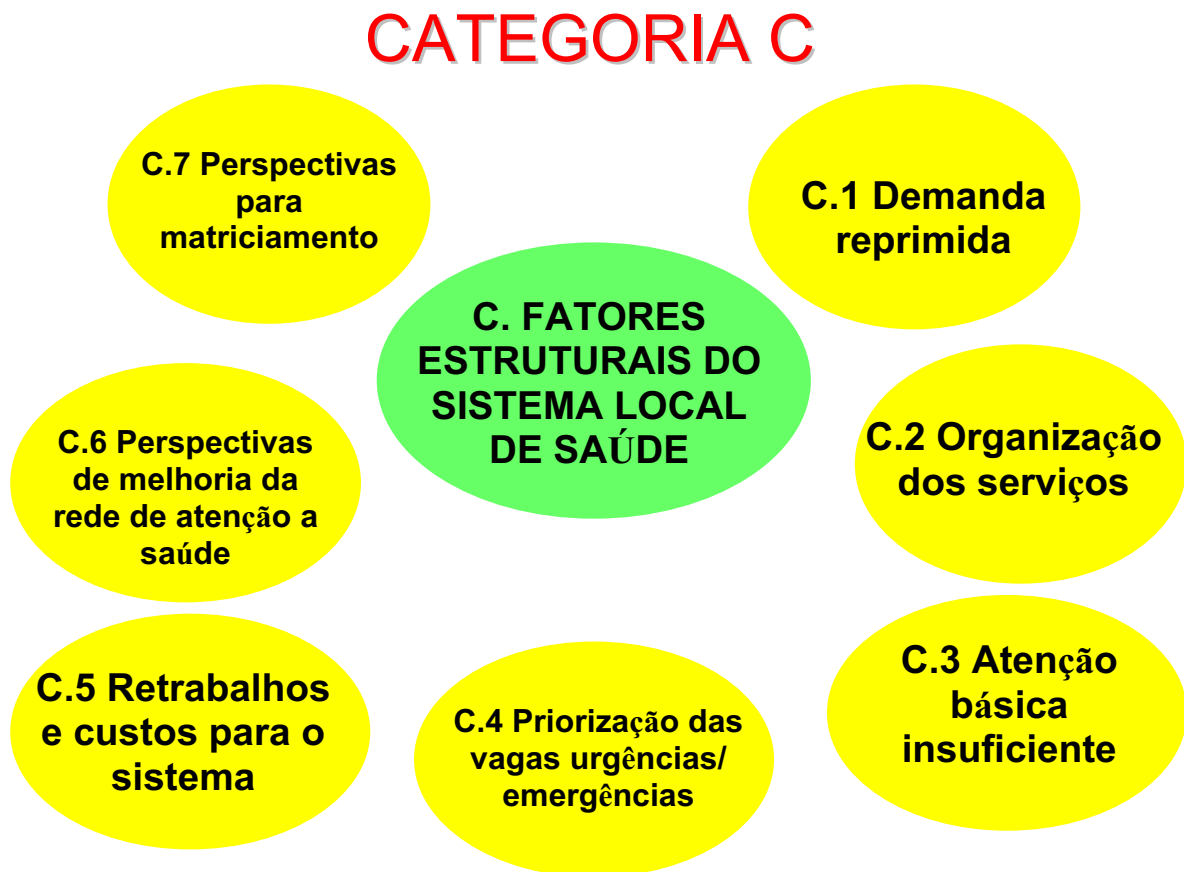
---



---

**CATEGORIA C: FATORES ESTRUTURAIS DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE**

Nesta categoria, aparecem os seguintes temas:



### **C.1 - Demanda reprimida**

#### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

Um dos grandes problemas encontrados atualmente no município de Bauru é a demanda reprimida para as diversas especialidades. O grande provedor de especialidades é o Hospital Estadual Bauru, que atende no total a 68 municípios e até a uma população média de 1,8 mil habitantes, o que dificulta o acesso para as vagas de Bauru, pois até o final de 2009 essas vagas não eram distribuídas levando em conta o número de habitantes dos municípios, então os municípios pequenos tinham a mesma quantidade de vagas de especialidades que o município de Bauru. Com a chegada do AME, este quadro está melhorando, visto que este leva em conta a número de habitantes dos municípios. No entanto, o problema não será solucionado, apenas amenizado.

As demandas reprimidas são principalmente ortopedista, oftalmologista, cirurgia, cirurgia ginecológica, dentre outras, algumas já há 3 anos na fila de espera.

Um fato a ser considerado é que a usuária que faz a prevenção através da coleta do exame citopatológico, que é uma das prioridades do Pacto pela Saúde, se necessitar de uma cirurgia ginecológica terá que ficar aguardando na fila. No entanto, o município conta com um serviço de orientação e prevenção do câncer (SOPC) que colabora muito no encaminhamento eficaz dessa paciente.

---

---

Outro fato importante é a demanda reprimida de oftalmologia, onde principalmente o paciente diabético que deve fazer exames de rotina anualmente deverá aguardar a sua vez na lista de espera.

No entanto, outras pesquisas tiveram esse mesmo resultado, que é ter uma demanda reprimida, evidenciando ser um dos fatores que preocupam os profissionais, podendo dificultar a integralidade do cuidado, é a demanda para o serviço especializado. Dependendo da especialidade médica, o usuário espera até dois anos pelo atendimento, o que gera insatisfação nos trabalhadores e na comunidade <sup>(70)</sup>.

A demora no acesso ao especialista certamente há de afetar o vínculo entre usuário e USF, podendo ser interpretado como descompromisso dos profissionais na resolução do problema deste usuário. Assim, o princípio da integralidade fica comprometido, visto que não está garantido o acesso e continuidade do atendimento para responder às necessidades de saúde da população <sup>(70)</sup>.

*02.08. ....há um acúmulo muito grande de situações que vem vindo com o tempo, então tem muitos pacientes represados...é muita gente aguardando especialidade...*

*02.09. ...agora parece que ta dando vazão maior né, com a chegada do AME...*

*02.10. ... o Hospital Estadual, ele não atende só Bauru, Bauru e região né...já não da conta de Bauru e tem que atender região.*

*02.11. ... a dificuldade é grande né, tem pacientes que estão há muito tempo, desde de que era unidade básica aguardando..., quando sai uma vaga nós entramos*

---

---

*em contato com o paciente pra ver se ele ainda esta aguardando porque muitos dão um jeito de ser atendido, ou pagam uma consulta enfim, muitos já não querem mais porque realizaram uma “vaquinha” na família, pagaram uma consulta ...*

*02.20. Com relação as especialidades ... se ache uma solução pra dar vazão pra todas essas vagas represadas... porque é muita gente precisando, é muita gente que não tem aonde ir...*

Essa dinâmica ideal de funcionamento do sistema de referência e contrarreferência não tem sido fácil de ser implantada devido a inúmeros fatores. As dificuldades durante o encaminhamento, como demora do resultado de exames já realizados ou para marcação da consulta na referência, acabam por produzir desacordo na interação entre os níveis, propiciando que os pacientes procurem atenção em outros locais, dificultando assim a regionalização <sup>(99)</sup>.

*03.04...nós temos fila de oftalmo, é um número grande, ortopedista, cirurgia é um número grande também, cirurgia ginecológica... desde dezembro, janeiro que não tem agendamento... a demanda é muito grande e a oferta é pouca.*

*03.06...nós estamos pegando de 2007 encaminhamentos de ortopedia e estamos agendando...*

*04.15... a referência esta muito difícil.*

---

---

Um dos grandes problemas encontrados hoje em dia no que se refere ao sistema de referência são as grandes filas de espera, que inviabilizam de certa forma o princípio do SUS em acessibilidade.

A acessibilidade é condição para que seja alcançada a cobertura universal e pressupõe: acessibilidade geográfica que se refere à localização mais apropriada dos serviços de saúde; acessibilidade financeira que visa não causar despesas que impeçam o uso dos serviços; acessibilidade cultural que leva em conta os hábitos e costumes da população e acessibilidade funcional que atende à demanda real e está disponível a qualquer momento, em caráter contínuo e tem um sistema de referência de fácil acesso <sup>(100)</sup>.

A acessibilidade está também condicionada ao acolhimento e ao fortalecimento de vínculo entre os profissionais dos serviços de saúde e comunidade assistida, o qual se intensifica no convívio cotidiano nas unidades de saúde da ESF, que trabalham com ferramentas propiciadoras do estabelecimento desses vínculos, facilitando o acesso <sup>(101)</sup>.

Acessibilidade ou acesso é um conceito complexo que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. O uso efetivo dos serviços de saúde decorre de muitos fatores quer sejam estes individuais, quer sejam fatores relativos à qualidade da atenção e do cuidado <sup>(101)</sup>.

*05.03...temos um estrangulamento muito grande nas especialidades é, a oferta é muito menos do que a nossa necessidade de atender nas áreas especializadas, seja consulta referenciada, seja exame...*

---

05.19 ... até muito recentemente a única unidade de especialidade que a gente tinha era o ambulatório do Hospital Estadual com uma disponibilidade de vagas que não existe outra palavra pra definir que não seja ridícula... nós precisaríamos em torno, mais ou menos de 8.000 consultas especializadas, só pegando na área assistencial médica...por mês...A oferta quando eu cheguei na secretaria no início de 2009...nós tínhamos algo em torno de 400 consultas... não é nem 10% da nossa necessidade, isso perdurou praticamente durante todo o ano de 2009...

05.20 ...o gargalo que se faz é na atenção básica, é aonde está instalado uma das modalidades de funcionamento é o PSF... esse represamento de necessidades está na unidade, então a unidade sofre com isso porque ela fica lá com aquelas fichinhas, aqueles encaminhamentos, não tem como mandar, não tem como fazer...

Neste contexto, surge o questionamento da função do sistema de referência e contrarreferência, afinal a finalidade é garantir o acesso e continuidade do atendimento conforme o discurso político-filosófico ou “complicar” o acesso para mascarar a insuficiência dos serviços para determinada demanda? Se não há subsídios para o atendimento e não é possível realizar o agendamento, qual a finalidade de submeter a clientela a esse fluxo de “peregrinação”?<sup>(98)</sup>.

05.22 ... há uma curiosidade nisso... de 400 vagas por mês, e em várias especialidades era a mesma quantidade de vagas de pequenos municípios que nós temos aqui na região, municípios muitas vezes de menos de 10.000 habitantes... quem fez essa distribuição de vagas não levou em conta a população, que é uma coisa, é primária do ponto de vista de gestão em saúde.... o número de vagas que Bauru tinha de cardiologia por mês era parecido com Avaí, com outros municípios de perto que não tem assistência hospitalar... isso muda sensivelmente com a instalação do ambulatório médico de especialidade... ele vai fazer a distribuição dos atendimentos de acordo com a população, essa foi uma decisão do próprio CGR – Conselho de Gestão Regional.

06.22. Com relação a demanda reprimida... o paciente passa na unidade e é referenciado na média complexidade. Não tem vaga pra todo mundo, a oferta de vaga é vai ser inferior a demanda...

---

*06.29. ... a demanda ela é enorme porque ela é histórica...*

*03.05... nós estamos com esperança né, com o AME é, as ortopedias começaram a ser agendadas...*

Há uma grande expectativa de melhora dessa demanda reprimida com o surgimento da relação ao AME.

## **C.2 - Organização dos serviços**

### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

As referencias mediatas, que são os especialistas, são todas passadas para uma central de agendamento que fica na secretaria de saúde, e lá são agendadas as consultas e comunicada a Estratégia Saúde da Família, que repassa ao paciente.

*01. 04. ...a gente tem uma central de agendamento que fica na secretaria de saúde e aí os encaminhamentos são organizados em planilha pela própria unidade e encaminhados para essa central e aí através dessa central ela faz contato com essas unidades prestadoras ou serviços que oferecem essas vagas...*

*01.05. ...entra numa fila única, não tem preferência por a gente ser estratégia saúde da família e é por ordem de agendamento ...*

---

---

02.17. ...se a central não pode resolver, é uma questão que o município não possa resolver, você liga na DRS VI, tenta ver o que pode ser feito.

02.07. Nós temos aqui uma central de agendamento, que é na secretaria municipal de saúde, todos os pacientes que são encaminhados pra especialidade nós passamos pra essa central de agendamento que recebe as vagas do Hospital Estadual, e agora do AME e distribui nas unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família.

03.03... central aonde faz todo o agendamento pra Bauru inteiro... distribui as vagas para as unidades de saúde...

04.11 ... a central de agendamento que é todos encaminhados pra la...existe a forma de planilha...

06.17. ... a central é uma intermediária, passa na unidade de saúde, necessita de uma referencia, nós vamos encaminhar dentro do nível médio da atenção, que é consulta e exames especializados.

6.35 ... as vezes conhecer ou ter algum grau de parentesco com algum profissional da secretaria de saúde ou unidade de saúde, e o mesmo agilizar este encaminhamento, muitas vezes passando na frente de quem precisa mais.

A inexistência de uma política de referência e contrarreferência — o acesso é conseguido, também, pela via da informalidade e/ ou amizade entre pares <sup>(52)</sup>. Fato este que dificulta ainda mais o acesso para os pacientes que aguardam em uma fila de espera.

---



### **C.3 - Atenção básica insuficiente**

#### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

No município de Bauru, poucas mudanças aconteceram nos últimos 20 anos conforme relato abaixo, um grande desafio para o município que agora está tentando mudar essa realidade, visto este ser um problema, pois essa atenção básica é insuficiente para este município.

A atenção básica pode ser compreendida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação <sup>(102)</sup>.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata <sup>(103)</sup>, em 1978, propõe, em âmbito internacional, a discussão sobre a necessidade de os cuidados primários de saúde constituírem a chave para que todos os povos atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, como parte do desenvolvimento, em um espírito de justiça social, tendo, portanto, como foco principal a comunidade de forma global. Esta forma de cuidado, o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, representaria o primeiro elemento dentro de um sistema continuado de assistência.

---

---

Uma das prioridades é ampliar o investimento nas políticas públicas de promoção e prevenção em todos os níveis do sistema de saúde. Implantar modelo de atenção em que a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja a porta de entrada para o sistema, com a equipe multiprofissional necessária para realizar as ações de promoção e de prevenção; melhorar a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF): atendimento com hora marcada, capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para melhor desempenho de sua função, estabelecimento e disponibilização para a população do cronograma de visitas domiciliares dos ACS <sup>(56)</sup>.

De acordo com o Pacto pela Saúde, uma das prioridades é o Fortalecimento da Atenção Básica através de equipes de Saúde da Família <sup>(5)</sup>.

*05.32 A rede de atenção básica do município de Bauru é muito insuficiente, nós temos hoje a mesma rede que foi construída no final da década de 80, então tem mais de 20 anos que essa rede existe e não teve grandes acréscimos...*

*05.30 ... voltando pra esse sistema de referência e contra- referência, com relação as doenças infecciosas funciona bem, DST/AIDS... com relação ao serviço de orientação e prevenção do câncer também, já na saúde mental ele não funciona porque na verdade a rede básica não faz nada na saúde mental, então ele acaba sendo jogado diretamente e absorvido pelos serviços especializados.*

As ações de saúde mental na atenção básica, fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e de atuação transversal com outras políticas específicas

---

---

e buscar o estabelecimento de vínculos e acolhimento <sup>(104)</sup>. Desafio este enfrentado atualmente pelo município de Bauru; no entanto, para que aconteça é necessária a ampliação de toda a atenção básica, a fim de dar suporte e estes serviços de saúde mental.

Essas ações se direcionariam no sentido de promover a saúde da comunidade em um diálogo com os demais setores e sociedade, de prevenir futuras situações de sofrimento intenso e afastamento de seu meio, prestando, assim, apoio, escuta qualificada, orientação e cuidado aos indivíduos em situação de sofrimento e vulnerabilidade, além de atuar na reabilitação de pessoas que estão submetidas a tratamento e cuidados especiais <sup>(105)</sup>.

Conforme se encontra na literatura <sup>(106)</sup>, os dados direcionam para o despreparo dos profissionais da atenção básica, mas apontam, positivamente, para uma preocupação em aprender, discutir e corresponsabilizar-se pelas demandas em saúde mental. A necessidade de mais profissionais da área parece estar aliada não somente ao atendimento da enorme demanda da população, mas também à demanda de educação e suporte dos profissionais.

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa <sup>(107)</sup>.

As equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar

---

---

das iniciativas de capacitação; além disso as seguintes ações devem ser compartilhadas:

a. Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar;

b. Discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;

c. Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, etc. nos grupos de risco e nas populações em geral;

d. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

e. Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;

f. Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda, etc);

g. Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;

---

---

h. Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;

i. Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração <sup>(107)</sup>.

*05.31 Esse é um desafio que é colocado pra gente, as ações mais simples... também na área de saúde mental, a gente começar a fazer isso nessa rede de atenção básica, mas pra isso nós precisamos ampliar a rede de atenção básica.*

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada <sup>(108)</sup>. Neste sentido, o Apoio Matricial da Saúde Mental seria potente para propiciar maior consistência às intervenções em saúde em geral e em Saúde Mental em particular. A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos.

Uma pesquisa do Ministério da Saúde mostra que 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar “alguma ação de Saúde Mental”. Por sua proximidade

---

---

com as famílias e as comunidades, essas equipes se constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico <sup>(104)</sup>.

*05.33 ... toda a ampliação da atenção básica vai ser baseada na estratégia saúde da família, até o final deste governo nós pretendemos implantar mais 25 equipes que, esse ano deverão acontecer a implantação de 14.*

A ESF propõe uma conversão do modelo de atenção em saúde, tradicionalmente centrado na perspectiva de cura, passando então a assumir como foco principal a família em seu contexto a partir de uma perspectiva abrangente de processo saúde-doença <sup>(109)</sup>.

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF <sup>(82)</sup>.

---

---

#### **C.4 - Priorização das vagas urgências/emergências**

##### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

Urgência é a qualidade ou caráter de urgente, pressa; enquanto Emergência refere-se ao estado daquilo que emerge. Aparecimento, surgimento. Ocorrência de perigo, situação crítica <sup>(50)</sup>.

A central de agendamento que regula as vagas da referencia mediata: especialista, prioriza as vagas de urgência e emergência mediante contato da chefia da unidade da Estratégia Saúde da Família para comunicar tal urgência/emergência que foi determinado pelo médico da unidade no atendimento a este usuário.

O fluxo de usuários para os hospitais ainda é, em sua maioria, determinado pela procura espontânea, culminando com superlotação das salas de urgência e, conseqüentemente, com a percebida baixa qualidade da assistência prestada. Assim ainda é a realidade da maioria dos grandes centros urbanos, onde, segundo os usuários, o acesso aos recursos do SUS é difícil, as filas de espera para consultas, exames e cirurgias são longas e faltam vagas para internação, bem como pessoal capacitado <sup>(110)</sup>.

Os usuários mais graves, que necessitam de um atendimento especializado com urgência devem ser priorizados de acordo com a gravidade do problema de saúde. Importante ressaltar que a atenção básica tem papel fundamental neste contexto, e que primeiro de tudo este paciente deve ter acesso facilitado a essa

---

---

unidade. Sendo atendida nela, o ideal é que redirecione este usuário. A atenção básica não tem porta de entrada aberta para as referências, assim, caso o paciente necessite do atendimento e/ou exames naquele dia, o mesmo é encaminhado ao Pronto-Socorro, e este conseqüentemente encaminhará para a referência se necessário. Caso o paciente necessite de uma consulta direto com o especialista, ele aguarda na fila sendo priorizado.

*01.06 ...de repente se tiver um paciente que esteja mais grave a central de agendamento acaba priorizando isso mas por contato sempre da chefia, da unidade que solicita essa vaga com mais rapidez...*

*02.16. ... o médico chega, essa questão aqui é urgente .... vejo se tem aquela vaga, não existindo eu pessoalmente entro em contato com a central de agendamento e exponho a situação, eu tenho um paciente, em uma situação tal, que precisa de urgência nesse atendimento, a central ela procura sim tentar fazer o que ela pode também pra disponibilizar essa vaga né, muitas vezes eu já ouvi também, olha, se é urgência é pronto-socorro...*

A Política Nacional de Atenção às Urgências deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

- organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:

→ componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde,

---



---

ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências,

→ componente Pré-Hospitalar Móvel: Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;

- componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;

- componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária <sup>(111)</sup>.

*03.07... os médicos os pacientes que eles necessitam de urgente eles colocam no próprio encaminhamento urgente ... a gente vai dar prioridade nestes urgentes né, então a gente liga pra central... caso não tenha a vaga eles ficam com o nome lá na central aguardando pra ser chamado, assim que surgir a vaga a gente chama o paciente... mas os médicos tem que colocar no encaminhamento...*

*04.12 Aqueles casos que os médicos colocam como urgência... a gente liga pra central de agendamento, conversa com uma das moças que trabalham lá e solicita...*

*D 6/36 Falou também da importância de a chefia da unidade entrar em contato com a central de agendamento nos casos urgentes...*

---

A Atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação <sup>(111)</sup>.

### **C.5 – Retrabalho e custos para o sistema**

#### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

A falta de comunicação entre os diversos níveis de assistência à saúde faz com que o usuário atendido realize várias vezes o mesmo exame, criando retrabalhos para o sistema e aumento de custos.

Uma pesquisa realizada sobre a mesma temática desta concluiu que os sérios problemas de comunicação e integração entre os diversos serviços e, conseqüentemente entre os níveis de assistência, geram duplicação de triagem e repetição de exames, aumentando o custo do sistema <sup>(98)</sup>.

*02.12. ...são dois trabalhos, primeiro pra ver se ele ainda quer, e o segundo pra confirmar...*

*05.17 ... do ponto de vista do paciente... eles perambulam, repicam, vão de um serviço pro outro, são encaminhados daqui pra lá, um encaminha pro outro, um encaminha pro outro e eles ficam perambulando com os papéis na mão de um lado pro outro fazendo uma quantidade enorme de retrabalhos...*

---

06.27. ... O AME tem o centro de diagnóstico e triagem.... Ele passou na unidade de saúde o médico, dor abdominal, constatou através de um ultra som abdome total que ele tem colelitíase, pedra na vesícula. Ele já esta com um diagnóstico. Qual é o procedimento de operação? É cirúrgico... Ai ele vai ser encaminhado pra uma especialidade de cirurgia geral no AME pra fazer uma triagem do que nós já temos diagnóstico pra daí ir pro sistema de referencia em cirurgia que é o Hospital Estadual ou a Associação Hospitalar aqui em Bauru.

04.09 ...as vezes até se eu preciso de mais coisas eu até tenho que ligar pra esse médico, ou pra esse outro profissional, esta perguntando: olha o que aconteceu? Resolveu? Não resolveu?

Para evitar a duplicidade de atividades e conseqüentemente de custos, seria interessante ter um sistema de informação em saúde, interligando os diversos serviços, a fim de obter informações sobre o que já foi realizado com aquele usuário, onde este foi atendido, e assim evitaríamos esses retrabalhos. Fato este que está sendo pensado pelo município.

## **C.6 – Perspectivas de melhoria da rede de atenção à saúde**

### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

O município atualmente passa por grandes mudanças no setor saúde, com muitas perspectivas, algumas já em andamento. Com a vinda do AME, começou-se a melhora da referência mediata: especialistas. O município também tem a intenção de criar o AME municipal, visto que o AME existente desde 2009 é Estadual.

---

*04.16 Com o ambulatório de especialidades que melhore essa referência... que os pacientes tenham mais especialidades pra gente encaminhar e que seja feito alguma coisa no sentido da contra-referência também.*

*05.11 ...o município tem que fazer um grande investimento, e é o que o município esta fazendo, na revisão do modelo de saúde, não é só fazendo ajustes não, a gente tem que fazer uma transformação do modelo de atenção, sem o que vai ser difícil a gente resolver isso...*

Transformar o modelo refere-se à integração entre os serviços, no entanto, para isso, é necessária a organização desses serviços em uma rede interligada. Com base nesses elementos, definem-se os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde como redes de organizações que prestam um *continuum* de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem <sup>(112)</sup>.

Em termos conceituais, a definição utilizada para atenção integrada é a de um conceito que junta insumos, gestão e organização dos serviços relacionados ao diagnóstico, ao tratamento, ao cuidado, à reabilitação e à promoção da saúde. A atenção integrada é um meio para melhorar os serviços em relação com acesso, qualidade, satisfação do usuário e eficiência. Nesse sentido, a coordenação, a articulação de diferentes partes em relações apropriadas para assegurar a efetividade, é diferente da integração, a combinação das partes formando um todo <sup>(112)</sup>.

Mendes cita a integração vertical como forma de reorganização dos serviços de saúde. É definida como a coordenação ou incorporação numa única organização de atividades ou processos de produção e entrega de serviços de saúde. Há duas formas de integração vertical: a de vanguarda e a de retaguarda. A integração de

---

---

vanguarda coordena as ações de médicos de atenção primária, ambulatórios especializados, atenção domiciliar, atenção hospitalar etc. A integração de retaguarda envolve equipamentos médicos, apoio diagnóstico e terapêutico, residências médicas etc <sup>(112)</sup>.

Outra forma de definir integração vertical é descrever seus elementos constitutivos: uma larga oferta de serviços promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores; uma rede de atenção primária à saúde dispersa geograficamente e responsável pela coordenação do sistema; relações com especialista para a prestação de serviços, custos efetivos e de qualidade; mecanismos de integração dos diferentes serviços para evitar fragmentação; uso de diretrizes clínicas e de tecnologias de gestão da clínica; sistema de informação que permita monitorar e avaliar o sistema, melhorar sua performance e qualidade e produzir relatórios para diferentes clientelas; planejamento integrado do sistema; sistemas unificados de contratação e *marketing*; e financiamento integrado <sup>(112)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde <sup>(21)</sup>, através do relatório anual sobre a saúde do mundo, propõe critérios para o desenho das redes de atenção à saúde, ainda que não mencione especificamente a palavra rede, mas integração do sistema. Quando as unidades de saúde de um sistema tornam-se mais autônomas, há o risco da fragmentação. A fragmentação dos sistemas de saúde pode ocorrer entre unidades semelhantes (hospitais, por exemplo) e entre unidades de diferentes níveis de cuidados. A fragmentação apresenta consequências negativas para a eficiência e a equidade dos sistemas de saúde. Além disso, os sistemas fragmentados determinam ineficiências alocativas significativas.

---

Percebe-se a reorganização dos serviços de saúde envolve vários fatores, sendo um sistema complexo. No entanto, este é um desafio lançado no município. Para iniciar este processo é necessária antes de qualquer coisa a ampliação da atenção básica de saúde que atualmente é insuficiente para atender à demanda do município, fato este que esta em processo de implantação.

*05.12 ...o município tem a intenção de criar ambulatório de especialidades, serviços de especialidades clínicas...*

*05.16 ... o grande pecado municipal é a gente não ter um sistema de informação que seja suficiente nem pra gente entender como é que isso funciona. A gente esta brigando por isso...*

Outro fator importante para a melhoria da atenção à saúde é o sistema de informação que está sendo pensado. Com isso evitará retrabalhos pelos serviços, facilitando o acesso às informações sobre o usuário.

O sistema de informação pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, fornecem informações de suporte à organização <sup>(113)</sup>.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) tem por intento melhorar o processo de trabalho em saúde, por meio de um sistema articulado que tenha a capacidade de produzir informações para os cidadãos, para a gestão, para a prática profissional, para a geração do conhecimento e para o controle social <sup>(114)</sup>.

---

---

Até a metade da década de 90, o SIS apresentava somente quatro bases de informação: o SIM (Sistema Sobre Mortalidade), SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), o SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) e o SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais). Já a partir de 1996, outros sistemas foram incorporados, com vistas à melhoria da gestão do SUS, como o SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação), o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), o SIGAB (Sistema de Informação Gerencial da Atenção Básica), o SISCOLO, que é o sistema de informação sobre as ações do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero e o Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL)<sup>(115)</sup>.

No entanto, é necessário um sistema de informação em saúde interligando as redes de serviços, a fim de acesso a informações dos usuários através de um sistema interligado entre os prestadores de serviços de saúde do município.

É importante assegurar e investir nos Sistemas de Informação Integral para o SUS em todos os municípios, atendendo, inclusive, a população flutuante, como mecanismo de controle de regulação das ações, por meio de implantação e implementação do cartão SUS e do prontuário eletrônico, bem como da integração dos bancos de dados já existentes (SIM, Sinasc, Sinan, SIA, SIH, SIAB, Sismasus e outros), estabelecendo padrões para representação e compartilhamento de dados em saúde, com garantia jurídica de privacidade e confidencialidade, para garantir a melhoria dos registros, dos bancos de dados e da geração de informação com objetivo no planejamento real e de qualidade das ações de saúde, a otimização dos recursos e a avaliação dos impactos das ações<sup>(58)</sup>.

---

---

A criação de um prontuário eletrônico único para os pacientes, de acesso garantido aos profissionais envolvidos na assistência pode trazer benefícios ao sistema de referência e contrarreferência. A questão ética com relação à realização de consultoria a distância deve ser levantada e debatida em conjunto entre médicos, gestores, pacientes e órgãos competentes, considerando-se principalmente a confidencialidade e a responsabilidade ético-profissional envolvidas no processo. O acesso aos dados dos pacientes por parte dos consultores poderia trazer informações valiosas que porventura não estivessem na referência, inclusive de exames complementares realizados, e aos consulentes daria informações úteis para a continuidade da assistência <sup>(116)</sup>.

A fragmentação dos sistemas de informação em saúde é consequência da forma fragmentada dos processos de trabalho dos serviços de saúde. Apesar dessa relação, é interessante notar que as tecnologias de informação podem ser um auxílio bastante valioso para uma efetiva integralidade das ações de saúde <sup>(117-118)</sup>.

Consideram-se as barreiras mais comuns à implantação das redes de atenção à saúde: os sistemas de informação deficientes; a atenção primária à saúde de baixa qualidade; o protagonismo da atenção especializada; a cultura organizacional com base na autonomia dos serviços; os incentivos econômicos em sentido contrário ao da conformação das redes de atenção à saúde; a debilidade na gestão integrada dos sistemas de saúde; a valorização relativa, pelos usuários, das ações de atenção secundária e terciária; a pouca tradição no uso da gestão da clínica; e a fragilidade dos sistemas logísticos na saúde <sup>(112)</sup>.

---



---

*02.18. alguém vai ter que dar uma solução... não podemos cruzar os braços né, não pode assim transferir o problema..*

## **C.7 Perspectivas para matriciamento**

### **Interpretação e apresentação das falas originais:**

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar de um modo dinâmico e interativo a retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência. O apoio tem duas dimensões: suporte assistencial e técnico- pedagógico. Funciona em forma de rede onde a construção deve ser compartilhada entre a referência e o apoio, é complementar, personalizando a referência e contrarreferência. Mantém responsabilidade pela condução do caso com a equipe de referência, buscando elaborar juntos protocolos a fim de reduzir filas de espera <sup>(119)</sup>.

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores <sup>(120)</sup>.

No entanto, para que possamos trabalhar em conjunto, é necessário os profissionais que estão nas especialidades se conscientizarem da importância da contrarreferência para a atenção básica, e assim esses dois profissionais – o da

---

---

especialidade e o da Estratégia Saúde da Família - fazerem trabalhos conjuntos a fim de uma assistência de maior qualidade ao usuário. Infelizmente hoje no município de Bauru, o matriciamento não existe. Seria interessante a realização de um trabalho pedagógico com os profissionais da referência mediata, por parte da especialidade, a fim de se iniciar a contrarreferência e os trabalhos conjuntos entre esses serviços.

O aprendizado de procedimentos simples por parte de médicos que atendem na atenção básica (AB) e a possibilidade de melhoria na comunicação com o especialista podem colaborar e muito para uma maior resolubilidade dos problemas de saúde abordados na atenção básica reduzindo com isso as filas de espera por especialistas e os custos da atenção. Desta forma, os especialistas seriam incumbidos de lidar com tarefas mais especializadas, com maior rapidez no atendimento das solicitações e abrir espaço para a consultoria a distância. A satisfação dos profissionais envolvidos geraria redução dos conflitos e da competição entre os médicos que atuam na AB e os especialistas, que devem entender o caráter de complementaridade de sua atuação. Além disso, o médico que não recebe apoio acaba por praticar uma medicina defensiva, implicando menor equidade e qualidade e aumento do custo assistencial <sup>(121-122-123-124)</sup>.

*02.05. Talvez devesse haver um consenso entre todos, um trabalho junto aos médicos..., as unidades de especialidades..., da necessidade de que os que estão na parte básica recebam essa contra-referência...*

*02.19. ...na questão da referência e contra-referência ... se houvesse a possibilidade de se fazer um trabalho nesse sentido... Porque o profissional vai estar sendo informado do que o paciente foi na especialidade, o que foi feito né, e o que ficou aqui na base, ele vai saber o que esta acontecendo, e de repente, eles podem*

---

---

*estar fazendo um trabalho em conjunto... por exemplo, o paciente está em tratamento lá, só que ele continua recebendo a visita do médico né, principalmente os acamados, ele tem um atendimento com o especialista mas o profissional também, e muitas vezes o profissional vai e não sabe o que o outro está fazendo, mas ele continua fazendo a parte dele aqui...*

O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Nesse sentido, essa metodologia altera o papel das Centrais de Regulação, reservando-lhe uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. O regulador a distância teria um papel de acompanhar e avaliar a pertinência dessas decisões e de tomá-las somente em situações de urgência, quando não haveria tempo para o estabelecimento de contato entre referência e apoio matricial <sup>(120)</sup>.

Há duas maneiras básicas para o estabelecimento desse contato entre referências e apoiadores. Primeiro, mediante a combinação de encontros periódicos e regulares – a cada semana, quinzena ou mais espaçados – entre equipe de referência e apoiador matricial. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Recomenda-se reservar algum tempo para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. Segundo, além desses encontros, em casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião

---

---

regular, como na lógica dos sistemas hierarquizados, o profissional de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador. Nessas circunstâncias, é recomendável proceder-se a uma avaliação de risco para se acordar uma agenda possível <sup>(120)</sup>.

Percebemos com as falas abaixo a inexistência do matriciamento, bem como a importância de iniciar.

*05.07 ...não existe o processo de matriciamento...*

*05.08 ...os serviços que estão na atenção básica reclamando que não conseguem encaminhar eles pra referência, os serviços de referência reclamando que a atenção básica não sabem encaminhar os casos pra lá porque encaminham um monte de bobagens, sem que eles se conversem, e façam processos conjuntos, e tenham um pacto conjunto de trabalho...*

*05.06 ...a coisa mais grave que eu vejo neste sistema é que o serviço de referência não fazem absolutamente nada do ponto de vista do seu papel pedagógico...*

*05.14 ...esse serviço pedagógico nunca nenhum serviço de saúde fez aqui na cidade de Bauru...*

*05.13 ...mais importante que o papel assistencial seria o papel pedagógico mesmo, fazer reunião periódica, reunião clínica, ensinar a rede básica. Ah tudo bem o cara está encaminhando errado, qual é o problema? É a falta de conhecimento, não conhece como é que aborda e tal, tem a possibilidade de fazer melhor, tudo bem, como é que a gente ajusta isso...*

---

---

Tradicionalmente, o modelo hierarquizado de atendimento em saúde produziu fragmentação e burocratização nas formas de relacionamento entre os serviços de saúde, instituindo formas para se conceber e de se intervir nos equipamentos de saúde, repercutindo na desresponsabilização em vez de corresponsabilização entre profissionais e serviços <sup>(125)</sup>.

O apoio matricial vem tentar reverter essa lógica de encaminhamento, pois essas intervenções pressupõem sempre uma lógica de hierarquização, em que há uma diferença de poder/saber entre quem encaminha e quem recebe e ainda uma transferência de responsabilidade <sup>(27)</sup>.

Segundo pesquisa realizada em Capivari/SP <sup>(119)</sup> no processo de implantação do matriciamento, os benefícios alcançados foram:

- Reuniões frequentes com equipe dos ESF/UBS e com os profissionais especialistas dos serviços envolvidos.
  - Estabelecer a garantia de espaço nas agendas dos especialistas para o Matriciamento, incluindo ampliação desta, se necessário.
  - Aquisição de dois carros para transporte dos profissionais do ambulatório central, as UBSs e ESFs, e para realização de visitas domiciliares.
  - Contratação de novos profissionais para tornar possível a ampliação do serviço, como terapeuta ocupacional, psicólogos, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, professores de educação física.
  - Reuniões de capacitação com as equipes sobre os temas: políticas públicas, SUS, projeto terapêutico singular e apoio matricial.
-

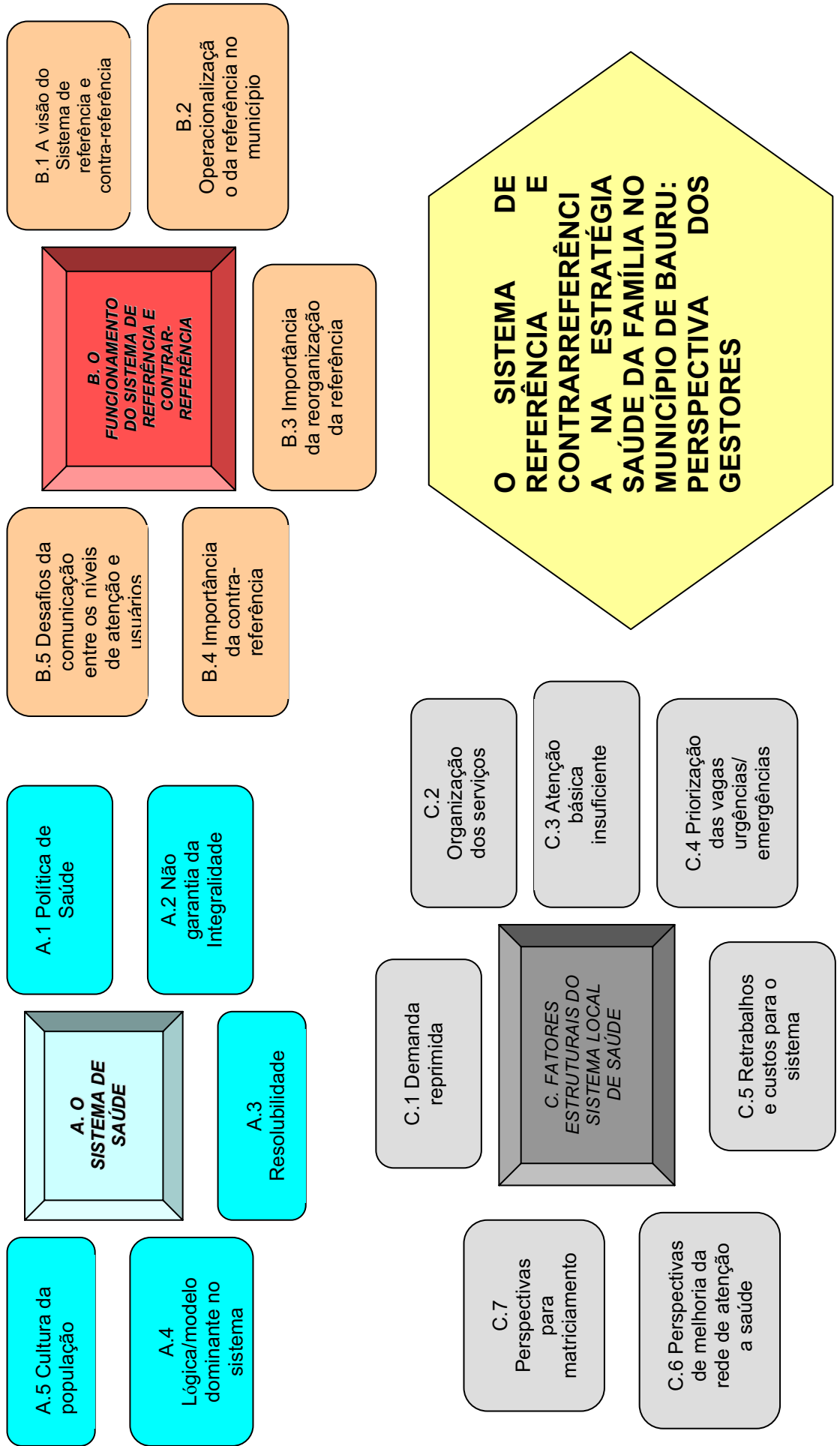
- Reuniões para discutir dificuldades encontradas na ampliação do serviço com a descentralização.
- Proposta de ampliação física das UBS e ESF, bem como a construção de novas unidades, sendo uma para referência à saúde do idoso.
- Estabelecer pactuações de classificação de risco para organizar o fluxo de encaminhamento.

Nesta mesma pesquisa citada acima, um dos problemas encontrados na implantação do matriciamento foi a resistência de alguns profissionais quanto à mudança no direcionamento de suas ações, dificuldade de locomoção das equipes, restrição do espaço físico, escassez de material, o reduzido número de especialistas, preocupação com a lista de espera extensa e falta de capacitação da equipe <sup>(119)</sup>.

Contudo, percebemos quão complexos são os assuntos aqui tratados em relação à saúde, consolidação do SUS e de seus princípios, sistema de referência e contrarreferência, apoio matricial, informação em saúde, dentre outros inúmeros itens. Espera-se poder avançar e superar as problemáticas encontradas atualmente no município de Bauru, e poder ter colaborado de alguma forma.

---

FIGURA 2- Temas e categorias





## *5. Considerações Finais*



---

Observa-se que o sistema de referência funciona na maioria das vezes, o que inviabiliza este processo são as grandes filas e a espera por uma vaga, que muitas vezes pode levar meses. No que se refere ao sistema de contrarreferência, este é quase inexistente, não sendo encaminhado nenhum tipo de informação desse usuário que passou por uma especialidade e retorna para um nível primário, o que muitas vezes dificulta a assistência prestada a este paciente neste nível. Percebe-se a necessidade de um trabalho pedagógico com as referências, quanto a importância da contrarreferência para o profissional que está na atenção básica, assim como para a continuidade do tratamento do usuário. No que se refere à referência, agora com o AME tem melhorado, fato este que tende a melhorar ainda mais com a implantação do AME municipal, proposta essa do município.

Sem a contrarreferência os serviços de saúde não têm uma integração nos seus diversos níveis de complexidade, dificultando a integralidade da assistência ao usuário.

No entanto, apesar do funcionamento fragmentado dos serviços de saúde no que se refere ao sistema de referência e contrarreferência, verificou-se através dos depoimentos algumas perspectivas a fim de melhorar a comunicação e interação entre os serviços, como por exemplo, o matriciamento tão importante para realizar trabalhos conjuntos entre os profissionais da atenção básica e da especialidade, aumentando a resolubilidade e diminuindo conseqüentemente a demanda reprimida no município. Com relação à Estratégia da Saúde, há a expectativa de implantação do NASF quando completada as 8 ESF, colocando em prática o apoio matricial.

Um fator importante e que já está em fase de reestruturação refere-se à atenção básica insuficiente no município, que está em fase de implantação de novas

---

ESF, que vão colaborar para as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde dessa população, visto hoje a rede básica ser insuficiente para atender à demanda do município, sobrecarregando os serviços e os profissionais. Essa ampliação baseada na ESF será um grande avanço para o município, podendo a esses serviços trabalhar em conjunto com os outros serviços de referência, principalmente no que se refere à saúde mental.

Outra expectativa importante é o sistema de informação em saúde, pensado no município; com esse sistema, os serviços teriam uma comunicação sobre os dados dos usuários, formando uma rede de serviços e diminuindo os retrabalhos existentes atualmente.

Este estudo sugere que o atual modelo de Sistema de Referência e Contrarreferência necessita de uma profunda reflexão e de definição (ou redefinição) de seu papel no SUS. Novos estudos devem ser realizados com o objetivo de conhecer a opinião e a vivência de todos os envolvidos, inclusive do usuário. E também um estudo no que se refere a quantificar esses encaminhamentos.

Com a divulgação deste estudo junto aos gestores locais, pretendemos contribuir para a efetivação de uma política pública municipal de referência e contrarreferência, que avance no alcance da integralidade em saúde.

---



## *6. Referências*

- 
1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1988.
  2. Lei no 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
  3. Lei no 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
  4. Cordeiro H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Cad Saúde Família. 1996; 1:10-5.
  5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Política nacional de atenção básica. Brasília; 2006 [acesso 03 set 2008]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>>.
  6. Serra CG. Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.
  7. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf Epidemiol SUS. 1998; 7(2):7-28.
-

- 
8. Paim JS. Saúde, crises e reformas. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia; 1986.
  9. Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. Rev Saúde em Debate. 1999; 23(53):6-19.
  10. Goulart FAA. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
  11. Spagnuolo RS. Coordenar equipe multiprofissional: um desafio para o enfermeiro do Programa Saúde da família [dissertação]. São Paulo: UNESP; 2006.
  12. Ministério da Saúde. Norma operacional básica SUS – 01/1993. Inf Epidemiol SUS. 1993; (n esp):49-73.
  13. Paim JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. Interface Comunic Saúde Educ. 2001; 5(9):143-6.
  14. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
  15. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família [Internet]. Saúde dentro de casa. Brasília; Fundação Nacional de Saúde; 1994. Disponível em: <http://www.portalweb01.saude.gov.br/saude>.
  16. Junqueira LAP, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
-

- 
17. Goulart FAA. Modelo assistencial em saúde: uma questão política. In: O município e o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal, IBAM, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 1990. p.20-2.
  18. Aguiar JMM. O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolubilidade do PSF no município de Volta Redonda (RJ) [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ; 2001.
  19. Resolução GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília; 2008.
  20. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Resolução CIPLAN nº 3, de 25 de março de 1981. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de Saúde. 2ª.ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p.177-33.
  21. World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance Geneva; 2000.
  22. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001. v.2.
  23. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília; 2004. (Série E, Legislação de Saúde).
  24. Conass. Secretaria do Estado da Saúde de Piauí. Oficina rede de atenção à Saúde no SUS. Guia do Participante. Teresina; 2008.
  25. Botti ML, Scochi MJ. O aprender organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. Saúde Soc. 2006; 15(1):107-14.
-

- 
26. Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira RC. Por um modelo tecno-assistencial a política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. In: Cadernos da 9ª. Conferência Nacional de Saúde: descentralizando e democratizando o conhecimento; 1992; Brasília. Brasília; 1992. p.91-6.
  27. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2):399-407.
  28. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad Saúde Pública. 1998; 14:863-70.
  29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Secretaria define média e alta complexidade em saúde [acesso 08 ago 2010]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>.
  30. Ministério da Saúde [Internet]. O SUS de A a Z. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; 2009 [acesso 12 nov 2009]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf).
  31. Associação Paulista de Medicina. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu; 2008. v.1, p.18.
  32. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
  33. Santos AS. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexão e conceitos importantes. In: Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Barueri, SP: Manole; 2007.
-

- 
34. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 1999; 33(4):323-33.
  35. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9: 489-506.
  36. Caldas EL, Eller EP. Programa Paidéia de Saúde da Família. Campinas: Prefeitura Municipal; 2003.
  37. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Otero S, et al. Sistema de referência-contrarreferência en pediatría: análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Med Urug*. 2008; 24(2):69-82.
  38. Aletras V, Jones A, Sheldon TA. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J. *Concentration and choice in health care*. London: The Royal Society of Medicine Press; 1997.
  39. Car-Hill R, Place M, Posnett J. Access and the utilization of healthcare services. In: Ferguson B, Sheldon T, Posnett J. *Concentration and choice in healthcare*. London: The Royal Society of Medicine Press; 1997.
  40. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
  41. Strauss A, Corbins J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
  42. Turato ER. *Tratado de metodologia de pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes; 2003.
-



- 
43. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1998.
44. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 1989.
45. Martins J. Um enfoque fenomenológico do Currículo: educação como Poíesis. São Paulo: Cortez; 1992.
46. Capalbo C. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. Rev Enferm UERJ. 1994; 2(1):70-6.
47. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2007 [acesso em 01 jun 2009]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
48. Ministério da Saúde. Resolução n. 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2):14-25.
49. Sadala MLA. Estar com o paciente: a possibilidade de uma maneira autêntica de cuidar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995.
50. Dicionário Aurélio, 1977.
51. Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspec. [Internet]. 2003; 17(1) [acesso em 2010 out 28]: 58-68. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-883920030001000 07.
-

- 
52. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, Abrão FMS, Coura AS, França EG. O dês-cuidar dos lesados medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde. In: Anais do 61º. Congresso Brasileiro de Enfermagem: Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental; 2009; Fortaleza. Fortaleza; 2009.
53. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
54. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Ciênc Saúde Colet. 2009; 14(1):297-305.
55. Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília; 2001.
56. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª. Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
57. Pinheiro R, Asensi FD. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. Physis Rev Saúde Colet. 2010; 20(1):15-7.
58. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad Saúde Pública. 2004; 20 Supl 2:S331-S6.
59. Giovanella L, Lobato L, Carvalho AL, Connil EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde Debate 2002; 26:37-61.
-

- 
60. Franco TB, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
61. Campos CEA. Integrality (comprehensiveness): from the viewpoint of health care and the recent proposals regarding basic assistance in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2003; 8(2):569-84.
62. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9(16):39-52.
63. Giovanella L, Lobato CVL, Carvalho AI, Conill EM, Cunha E. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro; ENSP, FIOCRUZ; 2000.
64. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001. v.2.
65. Capote MIR. Sistemas locais de salud: organización, regionalización, principios generales. In: Paganini JM, Capote Mir R. Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1990. p.117-35. (Pub. Científica, 519).
66. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(3):757-62.
67. Franco TB, Magalhães Junior H. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, organizador. O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p.125-34.
-

- 
68. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2006.
69. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciênc Saúde Colet.* 2008; 13(1):51-60.
70. Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4):594-601.
71. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.* São Paulo: Hucitec; 2001. p.11-9.
72. Fratini JRG, Saupe R. Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde [dissertação]. Itajaí: UNIVALI; 2007.
73. Favoreto CAO, Camargo KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis Rev Saúde Colet.* 2002; 12(1):59-75.
74. Merhy EE, Onocko R. *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec; 1997.
75. Campos GWS. *A reforma da reforma: repensando a saúde.* São Paulo: Hucitec; 1992.
-

- 
76. Franco TB. Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde [dissertação]. Campinas (SP): Unicamp; 1999.
77. Pereira RPA [Internet]. O Acolhimento e a estratégia saúde da família. In: Grupo de Estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte-MG: AMMFC; 2006 [acesso em 27 out 2010]. Disponível em: <[http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP\\_acolhimento\\_esf.htm](http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm)> [a.
78. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Atenção básica e a saúde da família. Brasília; 2004 [acesso em 01 nov 2010]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.
79. Torralbo FAP, Juliani CMCM. O sistema de referência e contra-referência no atendimento ao adolescente infrator: percepção de profissionais de saúde da Fundação Casa [dissertação]. Botucatu: UNESP; 2008.
80. Souza HM. Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes de PSF: um estudo de caso em Estado selecionado. In: Pierantoni CR, Vianna CMM. Gestão de sistemas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social; 2003. cap.6.
81. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997; 13(3):469-78.
82. Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. Interface Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):39-52.
83. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Avaliação de um programa de alta especial: um estudo preliminar de referência e contra-referência [relatório de pesquisa]. Itajaí: UNIVALI; 2007.
-

- 
84. Remor LC. Controle, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde: atividades de regulação e fiscalização. Florianópolis: Papa-Livro; 2003.
85. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/02, de 26 de janeiro de 2001. Normatiza as operações de assistência à saúde em todo o Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22932-40.
86. Kalichman AO. Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1993.
87. Galvão J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: Parker R, organizador. Política, instituições e AIDS – enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 1997. p.69-108.
88. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano estratégico do Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília; 2005.
89. Ministério da Saúde. Alternativas assistenciais à AIDS no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviços de Assistência Especializada. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS; 1998.
90. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília; 2003.
-

- 
91. Dias EC, Rigotto R, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet] 2009; [cited 2010 Oct 28]: 14(6):2061-70. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000600013&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600013&lng=en). doi: 10.1590/S1413-81232009000600013.
92. Laurenti R. Transição demográfica e transição epidemiológica. *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990; Campinas. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990. p.143-65.
93. Albala C, Vio F, Yanez M. Transición epidemiológica en América Latina: comparación de cuatro países. *Rev Med Chil*. 1997; 125(6):719-27.
94. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA; 2003. v.3.
95. Simioni AMC. SUS: definições e princípios. Texto baseado na Cartilha ABC do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
96. Organização Mundial da Saúde. Cuidados primários de saúde: relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma Ata. Brasília: UNICEF; 1978.
97. Leatt P, Pink G, Guerriere M. Towards a canadian model of integrated healthcare. *Health Pap*. 2000; 1:13-55.
98. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros [dissertação]. São Paulo: USP; 1996.
-

- 
99. Fernandes AMS, Yamada EM, Sollero CA, Leme LCP. Distrito de saúde de origem e características sócio-demográficas das mulheres atendidas em unidade secundária de referência do Sistema Único de Saúde em Campinas. *Rev Ciênc Méd.* 2005; 14(4):327-35.
100. Almeida ES, Castro CGJ, Lisboa CA. Distritos sanitários: concepção e organização. *Saúde Cidadania.* 1998; 1(1): 3-43.
101. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (supl.2):190-8.
102. Ministério da Saúde. Programa de Atenção Básica. Brasília; 2001.
103. Ministério da Saúde. As cartas de promoção da saúde. Brasília; 2002.
104. Ministério da Saúde. Diretrizes do MS: circular conjunta. Articulação do serviço de saúde mental na atenção básica. Brasília; 2003.
105. Baroni DPM, Fontana LM. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. *Mental.* 2009; 7(12):15-37.
106. Buchele F, Laurindo D, Borges V, Coelho E. A interface da saúde coletiva na atenção básica. *Cogitare Enferm.* 2006; 11(3): 226- 233.
107. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica [Internet]. Saúde mental e atenção básica. O vínculo e diálogos necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica nº 01/03 [acesso em 02 nov 2010]. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf).
-



- 
108. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paidéia Saúde da Família. 2001 [acesso 20 jul 2007]. Disponível em: [http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolos\\_mental](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolos_mental)
  109. Kantarski LP, Jardim VMR, Coimbra VCC, Oliveira MM, Heck RM. A integralidade da atenção a saúde na perspectiva da gestão no município. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3):434-41.
  110. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Portaria GM N° 1863, de 29 de setembro de 2003. Brasília; 2003.
  111. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgência. 3.ed. Brasília; 2006. (Série E, legislação de saúde).
  112. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007 [acesso em 27 out 2010]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1413-8123200900060001300022&pid=S1413-81232009000600013&lng=en>.
  113. Carvalho AO, Eduardo MBP. Sistemas de informação e saúde para municípios. São Paulo (SP): Fundação Petrópolis; 1998.
  114. Ministério da Saúde [Internet]. A construção da política nacional de informação e informática em saúde 2003: consulta pública [acesso em 18 set 2010]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
  115. Peterlini OLG, Zagonel IPS. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3):418-26.
-

- 
116. Moura JÁ, Machado LJC. Interconsultas médicas: uma avaliação dos relatórios de referência sob o ponto de vista dos consultores de um serviço público de ensino, referência em Endocrinologia e Metabologia [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
  117. Oliveira SP. Sistema de agendamento cirúrgico para Hospitais Geral [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2001.
  118. World Health Organization. Setting up healthcare services information systems: a guide for requirement analysis, application specification and procurement. Washington, DC.; 1999.
  119. Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. Saúde Soc. 2009; 18(Supl 1): 26-36.
  120. Domitti ACP, Campos GWS. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
  121. Elwyn GJ, Stott NCH. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. Br Med J. 1994; 309:576-8.
  122. Donohoe MT, Kravitz R, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. J Gen Intern Med. 1999; 14:281-6.
  123. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. J Gen Intern Med. 2000; 15:626-31.
-

124. Kvame OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the european working party on quality in family practice (EquiP). *Qual Health Care*. 2001; 10:33-9.
  
  125. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc*. 2009; 18(1):63-74.
-



## *7. Anexos*

## Anexo

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73  
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

Comitê de Ética em Pesquisa (14)3235-8356  
e-mail: [mferrari@fob.usp.br](mailto:mferrari@fob.usp.br)

**Processo nº 114/2009**

Bauru, 27 de agosto de 2009.

Senhora Professora,

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "**A organização do Sistema de Referências e Contra-Referência na Estratégia Saúde da Família (ESF) - no município de Bauru - SP**", de autoria de Camila Faria Dias, que será desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

**Na reunião de 26 de agosto de 2009** o parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes.

Informamos que qualquer alteração efetuada no trabalho de pesquisa, o pesquisador/orientador deverá comunicar ao CEP-FOB/USP, bem como ao final do trabalho enviar um Relatório para novo parecer, o qual será utilizado para publicação científica.

Atenciosamente,

Profª Drª Maria Teresa Atta

Coordenadora

**Profª Drª Carmen Maria Casquel Monti Juliani**

Docente do Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina/UNESP - Campus de Botucatu

## Anexo II

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

As informações descritas neste termo têm o intuito de esclarecer o real sentido da sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo geral **compreender a organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) na Estratégia Saúde da Família no município de Bauru/SP, a partir da experiência dos gestores que vivenciam essa prática.**

Será realizada uma entrevista com pergunta aberta, para obtenção dos dados objetivos e subjetivos, na qual se fará uso da técnica do gravador.

È dada à garantia ao entrevistado quanto ao sigilo e confidencialidade do nome dos participantes.

Não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo.

Fica claro que o entrevistado poderá a qualquer momento retirar seu **Consentimento Livre e Esclarecido** e deixar de participar desta pesquisa.

O participante poderá obter informações e se manter atualizado quanto ao andamento da pesquisa, e esclarecer eventuais dúvidas entrando em contato com a pesquisadora Camila Faria Dias que poderão ser encontradas no telefone 0xx14-9631-1455 ou pelo email [camilafaria1@yahoo.com.br](mailto:camilafaria1@yahoo.com.br), ou ainda na Rua São Gonçalo 9-46 ap.5, BAURU/SP.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro meu livre consentimento em participar do estudo: A organização do Sistema de Referência e Contra-Referência na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Bauru – SP. Autorizo a entrevista, bem como sua gravação. Permito também a utilização dos dados, preservando minha identidade, para fins de estudo e divulgação científica. Declaro ainda, que a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru está **isenta** de qualquer responsabilidade ocorrida durante esta pesquisa.

Foram a mim esclarecidos os propósitos do estudo, e a garantia de sigilo e de esclarecimentos constantes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e de ressarcimento. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades e prejuízos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

---

**Anexo III**  
**INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA**

**Dados de identificação:**

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

HORÁRIO: início: \_\_\_\_\_ término: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

UNIDADE ONDE TRABALHA: \_\_\_\_\_

Esta Unidade: ( ) iniciou como ESF ( ) já foi UBS tradicional

TEMPO DE TRABALHO NA ESF: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

TEMPO DE FORMADO: \_\_\_\_\_

**QUESTÃO NORTEADORA**

***“Discorra sobre sua percepção em relação ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência a partir da ESF no município de Bauru”***

***Deseja falar mais alguma coisa a respeito desse tema.***

---

## Anexo IV

Modelo de análise do depoimento

DEPOIMENTO 1

***Discorra sobre sua percepção em relação ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência a partir da ESF no município de Bauru***

Em relação ao sistema de referência e contra-referência a gente pode classificar de duas formas no PSF, então tem aquela referência que é imediata que é quando os médicos da família avaliam o usuário que precisa de uma segunda avaliação, de um especialista, daí na clínica básica que seria a pediatria, ginecologia e obstetrícia. Aí nesse caso esses casos são encaminhados para as unidades básicas de saúde aonde existem esses especialistas né. Isso é o que a gente chama de referência imediata e aí a própria chefia da unidade é quem faz esse contato com as unidades pra ver aonde tem vaga<sup>1</sup> disponível pra encaminhar esse usuário.

Na medida do possível esses profissionais avaliam os casos e encaminham de volta pra unidade com a contra-referência, nem sempre isso acontece né. A gente vê que a maioria das vezes não retorna essa contra-referência<sup>2</sup>, que seria feito num impresso que é padronizado no município e aonde ele deveria vir então com as avaliações que ele fez, as prescrições.

E a questão da referência mediata seriam os especialistas que ficam nas unidades prestadoras né<sup>3</sup>, que a gente tem uma central de agendamento que fica na secretaria de saúde e aí os encaminhamentos são organizados em planilha pela própria unidade e encaminhamentos para essa central e aí através dessa central ela

---



---

faz contato com essas unidades prestadoras ou serviços que oferecem essas vagas  
4 para todas essas especialidades né, pneumologia, radio seja o que for.

E pro PSF ocorre da mesma forma que as outras unidades básicas de saúde  
né, o sistema tradicional, então a gente entra numa fila única, não tem preferência  
por a gente ser estratégia saúde da família e é por ordem de agendamento<sup>5</sup> ou de  
repente se tiver um paciente que esteja mais grave a central de agendamento acaba  
priorizando isso mas por contato sempre da chefia, da unidade que solicita essa  
vaga com mais rapidez<sup>6</sup> né, mais agilidade.

E esses profissionais também deveriam estar retornando o paciente  
encaminhando de volta para a unidade também com uma contra-referência. Mas  
com a gente né nem sempre isso acontece<sup>7</sup> né.

Normalmente o que eu percebo é que o hospital Estadual que é um dos  
nossos prestadores daqui, eles encaminham uma contra-referência<sup>8</sup>.

Por que a saúde da família quando ele encaminha pra uma dessas  
referências ele não deixa de acompanhar o paciente né, ele continua sendo  
responsável por ele, mas pra dar essa continuidade de uma maneira mais adequada  
ele precisaria saber o que esse especialista avaliou<sup>9</sup> né, e serviria de apoio esse  
material, essa contra-referência encaminhada por ele.

### ***Deseja falar mais alguma coisa a respeito desse tema***

Bom, é. Eu acho que por exemplo em relação a essa referência imediata se a  
gente for implantar o ano que vem o NASF né isso vai ajudar bastante porque pra  
essas referências mais comuns da clínica básica que seria pediatria, ginecologia  
mesmo a parte de psiquiatria que nós não temos hoje nas unidades então vai ser um

---

apoio matricial só pra saúde da família né, então a porta de entrada são as unidades ai eles encaminham pro NASF e, o NASF esses profissionais eles vão até a unidade também, então com certeza a gente vai ter a contra-referência porque todo mundo esta acompanhando o mesmo paciente, tem o mesmo objetivo e trabalha dentro de um mesmo modelo <sup>10</sup> e ai você consegue alcançar né melhor né, otimizar essa questão aí.

E essa questão das outras especialidades agora com o AME né a gente vai começar uma experiência nova, então esses profissionais que estão la agora talvez eles façam de uma forma melhor essa contra-referência tão importante pra quem esta na básica <sup>11</sup> né, na rede básica, então a gente espera que isso melhore.

---

## DEPOIMENTO 1

| UNIDADES SIGNIFICADO DE LINGUAGEM DO SUJEITO  | ELUCIDAÇÕES  | LINGUAGEM DO PESQUISADOR   | UNIDADES SIGNIFICADO DE TRANSFORMADAS COM ENFOQUE FENÔMENO  | TEMAS   |
|---|--|--|---|---|
| <p>01. Em relação ao sistema de referência e contra-referência a gente pode classificar de duas formas no PSF, então tem aquela referência que é imediata ... que precisa de uma segunda avaliação, de um especialista, daí na clínica básica que seria a pediatria, ginecologia e obstetria ... Isso é o que a gente chama de referência imediata e aí a própria chefia da unidade é quem faz esse contato com as unidades pra ver aonde tem vaga.</p> | <p>PSF: Programa Saúde da Família.</p> <p>Referência: ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outra de maior complexidade. (BRASIL, 1987).</p> <p>Referência imediata: refere-se às especialidades ambulatoriais, as das unidades básicas como pediatria, ginecologia e obstetria.</p> | <p>O sistema de referência e contra-referência pode ser classificado de duas formas no PSF: a imediata, onde o profissional de saúde necessita de uma segunda avaliação do especialista ao paciente, que seria a pediatria, ginecologia e obstetria. A chefia da unidade faz contato com as unidades pra ver aonde tem a vaga.</p> | <p>01.01 O sistema de referência pode ser classificado de duas formas: a imediata que é quando o profissional da do PSF necessita de uma avaliação do especialista. A chefia da unidade entra em contato com as unidades de saúde para verificar onde tem a vaga.</p> | <p>A visão do Sistema de referência e contra-referência</p> |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <p>02. ...A gente vê que a maioria das vezes não retorna essa contra-referência...</p>   | <p>Contra-referência: ato de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. (BRASIL, 1987).</p> | <p>Na maioria das vezes não retorna a contra-referência.</p>  | <p>01.02 Normalmente não retorna a contra-referência.</p>  | <p>Importância da contra-referência</p>  |
| <p>03. ... a questão da referência mediata seriam os especialistas que ficam nas unidades prestadoras né...</p> <p>04. ...a gente tem uma central de agendamento que fica na secretaria de saúde e aí os encaminhamentos são organizados em planilha pela própria unidade e encaminhados para essa</p> | <p>Referência mediata: refere-se às especialidades do Hospital Estadual e AME.</p>  | <p>Em relação a referência mediata, os especialistas presentes nas unidades prestadoras, tem uma central de agendamento na secretaria de saúde, onde os encaminhamentos são organizados em forma de planilhas na unidade e enviados pra essa central, e é ela que entra em contato com as</p> | <p>01.03 Sobre a referência mediata, que são os especialistas das unidades prestadoras de serviços, há uma central de agendamento na secretaria de saúde, e os encaminhamentos são organizados em forma de planilha no PSF e enviados para essa central, quem faz contato com as unidades prestadoras de serviços que oferecem as vagas.</p> | <p>A visão do Sistema de referência e contra-referência</p> <p>Organização dos serviços.</p> |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p>central e aí através dessa central ela faz contato com essas unidades prestadoras ou serviços que oferecem essas vagas...</p> <p>05. ...entra numa fila única, não tem preferência por a gente ser estratégia saúde da família e é por ordem de agendamento ...</p> <p>06 ...de repente se tiver um paciente que esteja mais grave a central de agendamento acaba priorizando isso mas por contato sempre da chefia, da unidade que solicita essa vaga com mais rapidez...</p> <p>07. ...esses profissionais também deveriam estar retornando o paciente encaminhando de volta para a unidade também com uma contra-referência. Mas com</p> | <p>unidades prestadoras que oferecem as vagas.</p> <p>O paciente entra numa fila única, não tem preferência por ser Estratégia Saúde da Família. Caso seja um caso mais grave, a chefia entra em contato com a central de agendamento e passa o caso, tentando a vaga com mais rapidez.</p> <p>Esses profissionais deveriam estar contra-referenciando esses pacientes que foram encaminhados, mas nem sempre isso acontece.</p> <p>O Hospital Estadual prestadores, que é um de nossos</p> | <p>01.05 Há uma fila de espera única tanto para unidade básica de saúde quanto para ESF. Se for um caso urgente a chefia da unidade de saúde entra em contato com a central de agendamento que prioriza o caso.</p> <p>01.07 Os profissionais especializados deveriam contra-referenciar o paciente para a atenção básica. Mas isso não acontece.</p> <p>01.08 O hospital Estadual encaminha a contra-</p> | <p>Organização dos serviços</p> <p>Priorização das vagas urgências/emergências</p> <p>Importância da contra-referencia</p> <p>Importância da contra-referência</p> |
| <p>Chefia da unidade é assistente social.</p> <p>*Os profissionais especializados</p> <p>Hospital Estadual: funciona desde 2004</p>  |   |  |  |

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p>a gente né nem sempre isso acontece...</p>   |   | <p>encaminham uma contra-referência.</p>   | <p>referência.</p>  | <p>Importância da contra-referência</p>             |
| <p>08. ... o Hospital Estadual que é um dos nossos prestadores daqui, eles encaminham uma contra-referência...</p>  | <p>*ele: profissional da Estratégia Saúde Família</p> <p>ele: paciente que foi encaminhado para especialista</p>  | <p>A Saúde da Família encaminha o paciente pra uma dessas especialidades e não deixa de acompanhá-lo, continua sendo responsável pelo paciente, mas para acompanhar este paciente o profissional que encaminhou precisaria saber o que o especialista avaliou.</p>                     | <p>01.09 A Estratégia Saúde da Família continua acompanhando os pacientes encaminhados para a especialidade. Com a contra-referência a continuidade do tratamento seria melhor.</p>   |   |
| <p>09. ...a saúde da família quando *ele encaminha pra uma dessas referências *ele não deixa de acompanhar o paciente né, *ele continua sendo responsável por <u>ele</u>, mas pra dar essa continuidade de uma maneira mais adequada *ele precisaria saber o que esse especialista avaliou...</p> | <p>NASF: Núcleo de apoio à Saúde da Família. É implantada em municípios com mínimo de 8 ESF e máximo de 20 ESF (BRASIL, 2008)</p> <p>Ano que vem: esta entrevista foi realizada em novembro/2009. A entrevistada aqui refere-</p> | <p>Em relação a referência imediata que são as da clínica básica, vai melhorar se no ano que vem for implantado o NASF. Será um apoio matricial exclusivo da saúde da família, então com certeza terá uma contra-referência porque todos estarão acompanhando o mesmo paciente com</p> | <p>01.10 Com a implantação do NASF ira melhorar a referência imediata, pois será um apoio matricial exclusivo da saúde da família. Há a esperança de que esses novos profissionais do NASF façam a contra-referência por trabalharem no mesmo modelo, a saúde da família.</p> | <p>Operacionalização da referência no município</p> |
| <p>10. ... em relação a essa referência imediata se a gente for implantar o ano que vem o NASF né isso vai</p>  |   |  |   |   |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <p>ajudar bastante porque pra essas referências mais comuns da clínica básica... vai ser um apoio matricial só pra saúde da família...então com certeza a gente vai ter a contra-referência porque todo mundo esta acompanhando o mesmo paciente, tem o mesmo objetivo e trabalha dentro de um mesmo modelo...</p> | <p>se ao ano de 2010</p> <p>Apoio matricial: objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. (CAMPOS, DOMITTI, 2007).</p> <p>AME: Ambulatório Médico de Especialidades</p> <p>* esses profissionais: os que estão no AME.</p> | <p>o mesmo objetivo e no mesmo modelo.</p> <p>Em se tratando de especialidades, agora com o AME começará uma nova experiência. Os profissionais do AME talvez façam de uma forma melhor essa contra-referência, que é tão importante para quem esta na rede básica.</p> | <p>01.11 Com relação as especialidades, há a esperança de que os novos profissionais do AME encaminhem uma contra-referência, que é tão importante.</p> | <p>Operacionalização da referência no município</p> |
| <p>11. ...outras especialidades agora com o AME né a gente vai começar uma experiência nova, então <u>esses profissionais</u> que estão la agora talvez eles façam de uma forma melhor essa contra-referência tão importante pra quem esta na básica...</p>  |   |   |   |   |

## ANEXO V

### DEPOIMENTO 1

#### ***Discorra sobre sua percepção em relação ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência a partir da ESF no município de Bauru***

Em relação ao sistema de referência e contra-referência a gente pode classificar de duas formas no PSF, então tem aquela referência que é imediata que é quando os médicos da família avaliam o usuário que precisa de uma segunda avaliação, de um especialista, daí na clínica básica que seria a pediatria, ginecologia e obstetrícia. Aí nesse caso esses casos são encaminhados para as unidades básicas de saúde aonde existem esses especialistas né. Isso é o que a gente chama de referência imediata e aí a própria chefia da unidade é quem faz esse contato com as unidades pra ver aonde tem vaga<sup>1</sup> disponível pra encaminhar esse usuário.

Na medida do possível esses profissionais avaliam os casos e encaminham de volta pra unidade com a contra-referência, nem sempre isso acontece né. A gente vê que a maioria das vezes não retorna essa contra-referência<sup>2</sup>, que seria feito num impresso que é padronizado no município e aonde ele deveria vir então com as avaliações que ele fez, as prescrições.

E a questão da referência mediata seriam os especialistas que ficam nas unidades prestadoras né<sup>3</sup>, que a gente tem uma central de agendamento que fica na secretaria de saúde e aí os encaminhamentos são organizados em planilha pela própria unidade e encaminhamentos para essa central e aí através dessa central ela faz contato com essas unidades prestadoras ou serviços que oferecem essas vagas<sup>4</sup> para todas essas especialidades né, pneumologia, radio seja o que for.

E pro PSF ocorre da mesma forma que as outras unidades básicas de saúde né, o sistema tradicional, então a gente entra numa fila única, não tem preferência por a gente ser estratégia saúde da família e é por ordem de agendamento<sup>5</sup> ou de repente se tiver um paciente que esteja mais grave a central de agendamento acaba priorizando isso mas por contato sempre da chefia, da unidade que solicita essa vaga com mais rapidez<sup>6</sup> né, mais agilidade.

E esses profissionais também deveriam estar retornando o paciente encaminhando de volta para a unidade também com uma contra-referência. Mas com a gente né nem sempre isso acontece<sup>7</sup> né.

Normalmente o que eu percebo é que o hospital Estadual que é um dos nossos prestadores daqui, eles encaminham uma contra-referência<sup>8</sup>.

Por que a saúde da família quando ele encaminha pra uma dessas referências ele não deixa de acompanhar o paciente né, ele continua sendo responsável por ele, mas pra dar essa continuidade de uma maneira mais adequada ele precisaria saber o que esse especialista avaliou<sup>9</sup> né, e serviria de apoio esse material, essa contra-referência encaminhada por ele.

#### ***Deseja falar mais alguma coisa a respeito desse tema***

Bom, é. Eu acho que por exemplo em relação a essa referência imediata se a gente for implantar o ano que vem o NASF né isso vai ajudar bastante porque pra essas referências mais comuns da clínica básica que seria pediatria, ginecologia mesmo a parte de psiquiatria que nós não temos hoje nas unidades então vai ser um apoio matricial só pra saúde da família né, então a porta de entrada são as unidades aí eles



encaminham pro NASF e, o NASF esses profissionais eles vão até a unidade também, então com certeza a gente vai ter a contra-referência porque todo mundo está acompanhando o mesmo paciente, tem o mesmo objetivo e trabalha dentro de um mesmo modelo<sup>10</sup> e aí você consegue alcançar né melhor né, otimizar essa questão aí. E essa questão das outras especialidades agora com o AME né a gente vai começar uma experiência nova, então esses profissionais que estão lá agora talvez eles façam de uma forma melhor essa contra-referência tão importante pra quem está na básica<sup>11</sup> né, na rede básica, então a gente espera que isso melhore.

| UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO  | ELUCIDAÇÕES  | LINGUAGEM DO PESQUISADOR   | UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO   | TEMAS   |
|---|--|--|---|---|
| <p>01. Em relação ao sistema de referência e contra-referência a gente pode classificar de duas formas no PSF, então tem aquela referência que é imediata ... que precisa de uma segunda avaliação, de um especialista, daí na clínica básica que seria a pediatria, ginecologia e obstetria ... Isso é o que a gente chama de referência imediata e aí a própria chefia da unidade é quem faz esse contato com as unidades pra ver aonde tem vaga.</p> | <p>PSF: Programa Saúde da Família.<br/>Referência: ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outra de maior complexidade. (BRASIL, 1987).<br/>Referência imediata: refere-se às especialidades ambulatoriais, as das unidades básicas como pediatria, ginecologia e obstetria.</p> | <p>O sistema de referência e contra-referência pode ser classificado de duas formas no PSF: a imediata, onde o profissional de saúde necessita de uma segunda avaliação do especialista ao paciente, que seria a pediatria, ginecologia e obstetria. A chefia da unidade faz contato com as unidades pra ver aonde tem a vaga.</p> | <p>01.01 O sistema de referência pode ser classificado de duas formas: a imediata que é quando o profissional da do PSF necessita de uma avaliação do especialista. A chefia da unidade entra em contato com as unidades de saúde para verificar onde tem a vaga.</p> | <p>A visão do Sistema de referência e contra-referência</p> |
| <p>02. ...A gente vê que a maioria das vezes não retorna essa contra-referência...</p>  | <p>Contra-referência: ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa</p>  | <p>Na maioria das vezes não retorna a contra-referência.</p>   | <p>01.02 Normalmente não retorna a contra-referência.</p>   | <p>Importância da contra-referência</p>                     |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>03. ... a questão da referência mediata seriam os especialistas que ficam nas unidades prestadoras né...</p>  | <p>responsável pela referência. (BRASIL, 1987).</p>                                | <p>Referência mediata: refere-se as especialidades do Hospital Estadual e AME.</p>   | <p>Em relação a referência mediata, que seriam os especialistas presentes nas unidades prestadoras, tem uma central de agendamento na secretaria de saúde, onde os encaminhamentos são organizados em forma de planilhas na unidade e enviados pra essa central, e é ela que entra em contato com as unidades prestadoras que oferecem as vagas.</p> | <p>A visão do Sistema de referência e contra-referência</p> <p>Organização dos serviços.</p> |
| <p>04. ...a gente tem uma central de agendamento que fica na secretaria de saúde e aí os encaminhamentos são organizados em planilha pela própria unidade e encaminhados para essa central e aí através dessa central ela faz contato com essas unidades prestadoras ou serviços que oferecem essas vagas...</p> | <p>Referência mediata: refere-se as especialidades do Hospital Estadual e AME.</p> | <p>Em relação a referência mediata, que seriam os especialistas presentes nas unidades prestadoras, tem uma central de agendamento na secretaria de saúde, onde os encaminhamentos são organizados em forma de planilha no PSF e enviados para essa central, quem faz contato o com as unidades prestadoras de serviços que oferecem as vagas.</p> | <p>01.03 Sobre a referência mediata, que são os especialistas das unidades prestadoras de serviços, há uma central de agendamento na secretaria de saúde, e os encaminhamentos são organizados em forma de planilha no PSF e enviados para essa central, quem faz contato o com as unidades prestadoras de serviços que oferecem as vagas.</p>       | <p>Organização dos serviços</p> <p>Priorização das vagas urgências/emergências</p>           |
| <p>05. ...entra numa fila única, não tem preferência por a gente ser estratégia saúde da família e é por ordem de agendamento ...</p>  | <p>Chefia da unidade é assistente social.</p>                                      | <p>O paciente entra numa fila única, não tem preferência por ser Estratégia Saúde da Família. Caso seja um caso mais grave, a chefia entra em contato com a central de agendamento e passa o caso, tentando a vaga com mais rapidez.</p>   | <p>01.05 Há uma fila de espera única tanto para unidade básica de saúde quanto para ESF. Se for um caso urgente a chefia da unidade de saúde entra em contato com a central de agendamento que prioriza o caso.</p>  | <p>Organização dos serviços</p> <p>Priorização das vagas urgências/emergências</p>           |
| <p>06 ...de repente se tiver um paciente que esteja mais grave a central de agendamento</p>  | <p>Chefia da unidade é assistente social.</p>                                      | <p>O paciente entra numa fila única, não tem preferência por ser Estratégia Saúde da Família. Caso seja um caso mais grave, a chefia entra em contato com a central de agendamento e passa o caso, tentando a vaga com mais rapidez.</p>   | <p>01.05 Há uma fila de espera única tanto para unidade básica de saúde quanto para ESF. Se for um caso urgente a chefia da unidade de saúde entra em contato com a central de agendamento que prioriza o caso.</p>  | <p>Organização dos serviços</p> <p>Priorização das vagas urgências/emergências</p>           |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <p>acaba priorizando isso mas por contato sempre da chefia, da unidade que solicita essa vaga com mais rapidez...</p> <p>07. ...*esses profissionais também deveriam estar retornando o paciente encaminhando de volta para a unidade também com uma contra-referência. Mas com a gente né nem sempre isso acontece...</p> | <p>*Os profissionais especializados</p>  | <p>Esses profissionais deveriam estar contra-referenciando esses pacientes que foram encaminhados, mas nem sempre isso acontece.</p>   | <p>01.07 Os profissionais especializados deveriam contra-referenciar o paciente para a atenção básica. Mas isso não acontece.</p>   | <p>Importância da contra-referência</p> |
| <p>08. ... o Hospital Estadual que é um dos nossos prestadores daqui, eles encaminham uma contra-referência...</p>   | <p>Hospital Estadual: funciona desde 2004</p>  | <p>O Hospital Estadual que é um de nossos prestadores, encaminham uma contra-referência.</p>   | <p>01.08 O hospital Estadual encaminha a contra-referência.</p>   | <p>Importância da contra-referência</p> |
| <p>09. ...a saúde da família quando *ele encaminha pra uma dessas referências *ele não deixa de acompanhar o paciente né, *ele continua sendo responsável por ele, mas pra dar essa continuidade de uma maneira mais adequada *ele precisaria saber o que esse especialista avaliou...</p>                                 | <p>*ele: profissional da Estratégia Saúde da Família<br/>ele: paciente que foi encaminhado para especialista</p> | <p>A Saúde da Família encaminha o paciente pra uma dessas especialidades e não deixa de acompanhá-lo, continua sendo responsável pelo paciente, mas para acompanhar este paciente o profissional que encaminhou precisaria saber o que o especialista avaliou.</p> | <p>01.09 A Estratégia Saúde da Família continua acompanhando os pacientes encaminhados para a especialidade. Com a contra-referência a continuidade do tratamento seria melhor.</p> | <p>Importância da contra-referência</p> |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <p>10. ... em relação a essa referência imediata se a gente for implantar o ano que vem o NASF né isso vai ajudar bastante porque pra essas referências mais comuns da clínica básica... vai ser um apoio matricial só pra saúde da família...então com certeza a gente vai ter a contra-referência porque todo mundo esta acompanhando o mesmo paciente, tem o mesmo objetivo e trabalha dentro de um mesmo modelo...</p> | <p>NASF: Núcleo de apoio á Saúde da Família. É implantada em municípios com mínimo de 8 ESF e máximo de 20 ESF (BRASIL, 2008)</p> <p>Ano que vem: esta entrevista foi realizada em novembro/2009. A entrevistada aqui refere-se ao ano de 2010</p> <p>Apoio matricial: objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. (CAMPOS, DOMITTI, 2007).</p> | <p>Em relação a referência imediata que são as da clínica básica, vai melhorar se no ano que vem for implantado o NASF. Será um apoio matricial exclusivo da saúde da família, então com certeza terá uma contra-referência porque todos estarão acompanhando o mesmo paciente, com o mesmo objetivo e no mesmo modelo.</p> | <p>01.10 Com a implantação do NASF ira melhorar a referência imediata, pois será um apoio matricial exclusivo da saúde da família. Há a esperança de que esses novos profissionais do NASF façam a contra-referência por trabalharem no mesmo modelo, a saúde da família.</p> | <p>Operacionalização da referência no município</p> |
| <p>11. ...outras especialidades agora com o AME né a gente vai começar uma experiência nova, então <u>esses profissionais</u> que estão la agora talvez eles façam de uma forma melhor essa contra-referência tão importante pra quem esta na</p>  | <p>AME: Ambulatório Médico de Especialidades</p> <p>* esses profissionais: os que estão no AME.</p>   | <p>Em se tratando de especialidades, agora com o AME começará uma nova experiência. Os profissionais do AME talvez façam de uma forma melhor essa contra-referência, que é tão importante para quem esta na</p>   | <p>01.11 Com relação as especialidades, há a esperança de que os novos profissionais do AME encaminhem uma contra-referência, que é tão importante.</p>   | <p>Operacionalização da referência no município</p> |

|           |  |              |  |  |
|-----------|--|--------------|--|--|
| básica... |  | rede básica. |  |  |
|-----------|--|--------------|--|--|

## DEPOIMENTO 2

### *Discorra sobre sua percepção em relação ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência a partir da ESF no município de Bauru*

Bom, o entendimento que eu tenho com relação a esta questão, por exemplo, o seguinte assim. Aqui na nossa unidade às vezes acontece de o médico que é generalista necessitar de uma orientação de um ginecologista, essa consulta é agendada em uma unidade básica, o paciente vai para a consulta<sup>1</sup>, e na maioria das vezes, eu posso dizer até que raríssimas vezes vem uma contra-referência, né, então isso é muito difícil<sup>2</sup>, eu posso dizer que quase não existe, pelo menos na unidade saúde da família, que é essa nossa unidade aqui.

Com relação a consultas de especialidades, que as vezes também a gente tem que encaminhar, os médicos tem a necessidade de encaminhar para outros especialistas, que ai já contempla o Hospital Estadual, contempla agora o AME<sup>3</sup> né, dificilmente também vem uma contra-referência, porque ou o paciente vai e continua todo o seu atendimento la ou esse paciente vai, é atendido e retorna sem uma contra-referência, então é uma dificuldade muito grande do município, da unidade de saúde da família essa questão contra-referência, que eu posso dizer que não existe<sup>4</sup>, né.

Talvez devesse haver um consenso entre todos, um trabalho junto aos médicos né, as unidades de especialidades, um trabalho mesmo, conjunto, da necessidade de que os que estão na parte básica recebam essa contra-referência<sup>5</sup>. Eu acho que basicamente é isso.

ENTREVISTADORA PEDIU PARA COMENTAR SOBRE AS UNIDADES DE REFERÊNCIAS, SE HÁ FILAS FILAS...

Pra especialidades né. A dificuldade é muito grande, porque...quem dá a vaga é o estado. O estado quem...Seria o estado seria o Hospital Estadual, agora a gente tem o AME<sup>6</sup> que esta chegando, então o que acontece...Nós temos aqui uma central de agendamento, que é na secretaria municipal de saúde, todos os pacientes que são encaminhados pra especialidade nós passamos pra essa central de agendamento que recebe as vagas do hospital Estadual, e agora do AME e distribui nas unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família<sup>7</sup>.

Com essas vagas são distribuídas dessa forma, o que acontece...já há um acúmulo muito grande de situações que vem vindo com o tempo, então tem muitos pacientes represados né, então é muita gente aguardando especialidade<sup>8</sup>, agora parece que ta dando vazão maior né, com a chegada do AME<sup>9</sup>. Parece que ta dando uma vazão maior.

Mais Bauru, aqui por exemplo o Hospital Estadual, ele não atende só Bauru, Bauru e região né. Quando esse Hospital Estadual chegou a gente até pensava que seria um marco, vamos dizer, não vamos mais ter problema, mas atendendo Bauru e região, já não da conta de Bauru e tem que atender região<sup>10</sup>.

Então a dificuldade é grande né, tem pacientes que estão há muito tempo, desde de que era unidade básica aguardando né, então tem encaminhamentos há muito tempo, tanto que, quando sai uma vaga nós entramos em contato com o paciente pra ver se ele ainda esta aguardando porque muitos dão um jeito de ser atendido, ou pagam uma consulta, enfim, muitos já não querem mais porque realizaram uma “vaquinha” na família, pagaram uma consulta<sup>11</sup>, tiveram o atendimento, então pra que você não marque, o paciente já passou e você perca aquela consulta, então a gente liga, se informa, então são dois trabalhos, primeiro pra ver se ele ainda quer, e o segundo pra confirmar<sup>12</sup> ne,

então essa é uma dificuldade muito grande também né, mas é uma coisa bem complicada porque tem muitos pacientes aguardando, em várias especialidades.

ENTREVISTADORA PEDIU PARA COMENTAR SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS PARA O PSF DESSA INEXISTÊNCIA DA CONTRA-REFERÊNCIA...

A consequência é que o médico encaminha e ele não sabe o que foi feito né<sup>13</sup>, ele encaminha e não sabe o que foi feito porque o paciente não sabe contar, ele não sabe nem o nome do médico que atendeu ele lá, você pergunta quem que atendeu o senhor? Ai, não sei... Quem que foi o médico, quem que foi o enfermeiro que o senhor teve contato? Ai, não sei... As vezes ele vem aqui na unidade, por exemplo, tem um encaminhamento dele aqui, por exemplo, pra um vascular, ele chega aqui, ele sabe que tem um encaminhamento mas ele não sabe pra onde que é<sup>14</sup>, ele não sabe nem pra onde, então você pega o prontuário, vai ver lá o que foi solicitado, o que que ele tá aguardando, então as pessoas, eu não sei se pela carência, pela falta de conhecimento né, pessoas carentes, não tem conhecimento, não tem aquela desenvoltura.

Qual a orientação que eu dou pra eles quando eles vem aqui: Toda vez que o senhor for lá no Estadual, ou qualquer médico, qualquer unidade de saúde que o senhor vai, pergunta qual é o nome do profissional que esta atendendo o senhor, se for preciso anota em um papelzinho, porque ai a gente vai perguntar...Não eu passei com o Drº Fulano né, pergunta pro médico qual a...conversa direitinho qual é o seu tratamento, porque as vezes ele vai passar no especialista, não existindo essa contra-referência, ele muitas vezes não sabe dar o retorno pro médico aqui do jeito que foi feito<sup>15</sup>, então, ou seja, fica do mesmo jeito né, então seria assim de extrema importância que se fizesse um trabalho, uma campanha, alguma coisa, com relação pra se existir essa contra-referência, um entrosamento com as equipes dos outros serviços...

ENTREVISTADORA PEDIU PARA COMENTAR SOBRE AS VAGAS URGENTES...

Bom, eu costumo trabalhar assim. Por exemplo, o médico chega, essa questão aqui é urgente, então eu vejo com as meninas do administrativo, e vejo se tem aquela vaga, não existindo eu pessoalmente entro em contato com a central de agendamento e exponho a situação, eu tenho um paciente, em uma situação tal, que precisa de urgência nesse atendimento, a central ela procura sim tentar fazer o que ela pode também pra disponibilizar essa vaga né, muitas vezes eu já ouvi também, olha, se é urgência é pronto-socorro<sup>16</sup> né, então existe uma dificuldade assim, urgência é pronto-socorro, porque lá são vagas de pacientes que podem aguardar, só que as vezes, quando o médico fala de uma urgência, uma urgência é porque o atendimento seja feito o mais rápido possível, e não fique aguardando meses ou até anos, mais cada caso é um caso, e a gente tem que dar essa devida atenção, então você liga na central, se a central não pode resolver, é uma questão que o município não possa resolver, você liga na DRS 6, tenta ver o que pode ser feito<sup>17</sup>, alguém vai ter que dar uma solução, é uma vaga que o paciente precisa e nós não podemos cruzar os braços né, não pode assim transferir o problema<sup>18</sup>, nós temos que tentar resolver e resolver aqui, o problema se instalou aqui, nós não podemos transferir, a gente tem que tentar, mesmo sendo estratégia saúde da família, tá naquele básico né, a gente tem que tentar resolver e não transferir.

DESEJA FALAR MAIS ALGUMA COISA A RESPEITO DESSE TEMA.



Olha, eu acho que seria importante deixar assim bem registrado na questão da referência e contra-referência né, volto a falar que se houvesse a possibilidade de se fazer um trabalho nesse sentido já, nossa, seria muito bom. Porque o profissional vai estar sendo informado do que o paciente foi na especialidade, o que foi feito né, e o que ficou aqui na base, ele vai saber o que esta acontecendo, e de repente, eles podem estar fazendo um trabalho em conjunto, como muitas vezes acontece aqui, por exemplo, o paciente esta em tratamento la, só que ele continua recebendo a visita do médico né, principalmente os acamados, ele tem um atendimento com o especialista mas o profissional também, e muitas vezes o profissional vai e não sabe o que o outro esta fazendo, mas ele continua fazendo a parte dele aqui <sup>19</sup>. Então seria importante fazer um trabalho em cima disso. Com relação as especialidades, que se chegue a um denominador comum e se ache uma solução pra dar vazão pra todas essas vagas represadas, que se faça uma...então vamos agendar todos, vamos solucionar né, todas as unidades, ver os casos mais graves, pra gente dar vazão, porque é muita gente precisando, é muita gente que não tem aonde ir <sup>20</sup>, e a gente tem que dar uma solução né, então eu acho que a questão seria essa ai.

| UNIDADES DE SIGNIFICADO<br>LINGUAGEM DO SUJEITO   | ELUCIDAÇÕES   | LINGUAGEM DO PESQUISADOR<br>(REDUÇÃO)   | UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO (COMPREENSÃO)   | TEMAS   |
|---|---|---|---|---|
| <p>01. ... o médico que é generalista necessitar de uma orientação de um ginecologista, essa consulta é agendada em uma unidade básica, o paciente vai para a consulta ...</p> <p>02. ...raríssimas vezes vem uma contra-referência, né, então isso é muito difícil ...</p> | <p>Generalista: médico com formação geral, não especialista.</p>  | <p>As vezes o médico generalista necessita de uma orientação de um ginecologista, essa consulta é agendada em uma unidade de saúde e o paciente vai para a consulta.</p> <p>Raríssimas vezes vem uma contra-referência. Isso é muito difícil.</p> | <p>02.01 As vezes o médico generalista da ESF necessita de uma avaliação de um ginecologista, a consulta é agendada e o paciente vai, raríssimas vezes volta a contra-referência.</p> | <p>Operacionalização da referência no município</p> <p>Importância da contra-referência</p> |
| <p>03. Com relação a consultas de especialidades, que as vezes também a gente tem que encaminhar... ai já contempla o Hospital Estadual, contempla agora o AME...</p>   | <p>Hospital Estadual de Bauru: é um hospital do Estado inaugurado em 2004.</p> <p>AME: Ambulatório Médico de Especialidades</p> | <p>Com relação a consultas de especialidades, contempla o Hospital Estadual e o AME.</p>  | <p>02.02 As consultas especializadas são encaminhadas para o Hospital Estadual e o AME.</p>   | <p>Operacionalização da referência no município</p>   |
| <p>04. ...*dificilmente também vem uma contra-referência, porque ou o paciente vai e continua todo o seu</p>  | <p>* Das especialidades la= especialista</p>  | <p>Das especialidades dificilmente vem uma contra-referência. Ou o paciente vai e realiza todo o</p>  | <p>2.3 Das especialidades dificilmente o paciente é contra-referenciado. Ou o paciente faz todo o seu</p>   | <p>Importância da contra-referência</p>   |

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <p>atendimento <u>la</u> ou esse paciente vai, é atendido e retorna sem uma contra-referência, então é uma dificuldade muito grande do município, da unidade de saúde da família essa questão contra-referência, que eu posso dizer que não existe...</p> |   | <p>seu atendimento no especialista, ou ele é atendido e retorno sem contra-referência. É uma dificuldade muito grande essa inexistência da contra-referência.</p>   | <p>tratamento <u>la</u> ou volta sem o contra-referência.</p>  |   |
| <p>05. Talvez devesse haver um consenso entre todos, um trabalho junto aos médicos..., as unidades de especialidades..., da necessidade de que os que estão na parte básica recebam essa contra-referência...</p>   | <p>Consenso: Aprovação; Concordância de idéias, opiniões (AURÉLIO, 1977).</p> | <p>Deveria ter um consenso entre os serviços e os profissionais, uma educação permanente na especialidade, da importância da contra-referência para os que estão na atenção básica.</p>   | <p>02.04 Deveria ser realizado um trabalho com papel pedagógico nas especialidades sobre a importância da contra-referência para a atenção básica.</p>   | <p>Perspectivas para matriciamento</p>              |
| <p>06. Pra especialidades... quem dá a vaga é o Estado... seria o Hospital Estadual, agora a gente tem o AME...</p>   |   | <p>Na especialidade quem da a vaga é o Estado, que engloba o Hospital Estadual e agora o AME. Nós temos uma central de agendamento que fica na secretaria municipal de saúde, todos os paciente que são encaminhados pra especialidade nós passamos para a central que recebe as vagas do Hospital Estadual e</p> | <p>02.05 As vagas de especialidades são ofertadas pelo Hospital Estadual e agora o AME. Essas vagas são repassadas para a central de agendamento que as redistribui para as unidades de saúde e ESF.</p> | <p>Operacionalização da referência no município</p> |
| <p>07. Nós temos aqui uma central de agendamento, que é na secretaria municipal de saúde, todos os pacientes que são encaminhados pra especialidade nós passamos</p>  |   |   |  | <p>Organização dos serviços</p>                     |

|  |  |  |  |                          |
|--|--|--|--|--------------------------|
| <p>pra essa central de agendamento que recebe as vagas do Hospital Estadual, e agora do AME e distribui nas unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família.</p> |  | <p>AME e distribui para as unidades básicas de saúde e estratégia saúde da família.</p>                          |  |                          |
| <p>08. ...há um acúmulo muito grande de situações que vem vindo com o tempo, então tem muitos pacientes represados...é muita gente aguardando especialidade...</p>                   | <p>Acúmulo muito grande de situações: refere-se a demanda reprimida que é histórica.</p>   | <p>...Há um acúmulo muito grande e histórica de pacientes que aguardam especialista.</p>                         |  | <p>Demanda Reprimida</p> |
| <p>09. ...agora parece que tá dando vazão maior né, com a chegada do AME...</p>  |  | <p>Com o AME parece que está dando maior vazão...</p>  | <p>02.06 Há uma demanda reprimida histórica. Parece que está melhorando com o AME.</p> | <p>Demanda Reprimida</p> |
| <p>10. ... o Hospital Estadual, ele não atende só Bauru, Bauru e região né...já não da conta de Bauru e tem que atender região.</p>  | <p>O Hospital Estadual Bauru funciona desde 2004 e atende exclusivamente pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS, abrangendo a região compreendida pela DRS – VI/ Bauru, que compreende 68 municípios, com população estimada de 1,8 milhão de pessoas.</p> | <p>...o Hospital Estadual atende Bauru e região. Já não da conta de Bauru e tem que atender e região também.</p> |  | <p>Demanda Reprimida</p> |

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <p>11. ... a dificuldade é grande né, tem pacientes que estão há muito tempo, desde de que era unidade básica aguardando..., quando sai uma vaga nós entramos em contato com o paciente pra ver se ele ainda esta aguardando porque muitos dão um jeito de ser atendido, ou pagam uma consulta enfim, muitos já não querem mais porque realizaram uma “vaquinha” na família, pagaram uma consulta ...</p> | <p>As unidades de saúde da Família de Bauru eram unidades básicas de saúde e transformaram-se em Unidades de Saúde da Família.</p> <p>“vaquinha”: os membros da família reúnem-se e juntam dinheiro para pagar uma consulta.</p> <p>* confirmar= refere-se a confirmar a vaga do paciente na central de agendamento</p> | <p>...a dificuldade é grande, há pacientes aguardando muito tempo, desde que era unidade de saúde. Quando sai uma vaga nós entramos em contato com o paciente para ver se ele ainda esta aguardando a vaga, pois muitos dão um jeito de ser atendido, pagam uma consulta, realizaram uma “vaquinha” na família.</p> <p>Então são dois trabalhos, primeiro pra ver se ele ainda quer a vaga, e o segundo pra confirmar na central de agendamento.</p> | <p>02.07 O Hospital Estadual atende 68 municípios. Devido a isso a demanda é grande e a oferta é pouca. Há pacientes aguardando desde _____ da época em que a ESF era unidade básica de saúde. Quando sai uma vaga a unidade entra em contato com o paciente pra verificar se ele ainda quer, pois em algumas vezes os familiares arrecadam dinheiro entre si e pagam uma consulta particular, devido a demora. Então há um retrabalho, primeiro pra ver se o paciente quer a vaga e depois pra confirmar a vaga do paciente na central de agendamento.</p> | <p>Demanda Reprimida</p>                   |
| <p>12. ...são dois trabalhos, primeiro pra ver se ele ainda quer, e o segundo pra *confirmar...</p>   | <p>* Devido a demora dos encaminhamentos, algumas vezes o paciente é</p>  | <p>A consequência da inexistência da contra-referência é que o médico encaminha e não sabe o que foi feito com o paciente,</p> <p>O paciente não sabe contar, ele não sabe nem o nome de</p>   | <p>02.08 Não existindo a contra-referência o profissional da atenção básica não sabe o que foi feito com o paciente, e na maioria das vezes o paciente também não sabe falar. As vezes o paciente é encaminhado, a vaga sai e ele</p>   | <p>Retrabalhos e custos para o sistema</p> |
| <p>13. A consequência é que o médico encaminha e ele não sabe o que foi feito...</p>  | <p>* Devido a demora dos encaminhamentos, algumas vezes o paciente é</p>  | <p>O paciente não sabe contar, ele não sabe nem o nome de</p>  | <p>02.08 Não existindo a contra-referência o profissional da atenção básica não sabe o que foi feito com o paciente, e na maioria das vezes o paciente também não sabe falar. As vezes o paciente é encaminhado, a vaga sai e ele</p>   | <p>Importância da contra-referência</p>    |
| <p>14. ...porque o paciente não sabe contar, ele não sabe nem</p>   | <p>* Devido a demora dos encaminhamentos, algumas vezes o paciente é</p>  | <p>O paciente não sabe contar, ele não sabe nem o nome de</p>  | <p>02.08 Não existindo a contra-referência o profissional da atenção básica não sabe o que foi feito com o paciente, e na maioria das vezes o paciente também não sabe falar. As vezes o paciente é encaminhado, a vaga sai e ele</p>   | <p>Desafios da comunicação entre</p>       |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <p>o nome do médico que atendeu ele lá... *ele sabe que tem um encaminhamento mas ele não sabe pra onde que é...</p>   | <p>chamado para uma vaga que foi solicitada há anos atrás, que as vezes ele nem lembra mais.</p>                 | <p>quem atendeu ela na especialidade, ele sabe que tem um encaminhamento mas não sabe pra onde é.</p>   | <p>não sabe nem para o que é, devido a demora que houve e ele até esqueceu que tinha um encaminhamento.</p>  | <p>os níveis de atenção e usuários</p>                               |
| <p>15. ... a orientação que eu dou pra eles quando eles vem aqui: Toda vez que o senhor for lá no Estadual, ou qualquer médico, qualquer unidade de saúde que o senhor vai, pergunta qual é o nome do profissional que esta atendendo o senhor, se for preciso anota em um papelzinho ... porque as vezes ele vai passar no especialista, não existindo essa contra-referência, <u>ele</u> muitas vezes não sabe dar o retorno pro médico aqui do jeito que foi feito...</p> | <p>ele: o paciente</p>   | <p>...Eu oriento os pacientes a toda vez que eles forem no Hospital Estadual, ou em qualquer unidade de Saúde, perguntar o nome do profissional que esta atendendo ele, se for preciso anotar em um papelzinho, porque as vezes ele passar no especialista e como não existe essa contra-referência, o paciente não sabe dar o retorno pro médico da unidade de saúde do jeito que foi feito...</p> | <p>02.09 Devido a inexistência da contra-referência, os profissionais da atenção básica orientam o paciente a quando ele for para a tenção especializada anotar em um papel o nome do profissional que o atendeu, pois caso ele não consiga falar para o médico da ESF o que aconteceu com ele na especialidade, este profissional possa pelo menos entrar em contato com este especialista.</p> | <p>Desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários</p> |
| <p>16. ... o médico chega, essa questão aqui é urgente .... vejo se tem aquela vaga, não existindo eu pessoalmente entro em contato com a central de agendamento e exponho a situação, eu tenho um paciente,</p>   | <p>Urgente: Que urge; que deve ser feito com rapidez. Iminente (AURÉLIO, 1977)</p> <p>Pronto-socorro: Pronto</p> | <p>Quando o médico solicita uma vaga com urgência, a chefia da unidade vê se tem a vaga, não existindo eu entro em contato com a central de agendamento e exponho a situação, a central faz o que</p>   |  | <p>Priorização das vagas urgências/emergências.</p>                  |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <p>em uma situação tal, que precisa de urgência nesse atendimento, a central ela procura sim tentar fazer o que ela pode também pra disponibilizar essa vaga né, muitas vezes eu já ouvi também, olha, se é urgência é <u>pronto-socorro</u>...</p> | <p>Socorro Municipal de Bauri</p>  | <p>ela pode, algumas vezes eu já ouvi, se é urgência é pronto-socorro.</p>  |  |
| <p>17. ...se a central não pode resolver, é uma questão que o município não possa resolver, você liga na DRS VI, tenta ver o que pode ser feito,</p>  | <p>DRS – VI/ Bauri:<br/>Departamento Regional de Bauri, que compreende 68 municípios, com população estimada de 1,8 milhão de pessoas.</p> | <p>... Se a central de agendamento não pode resolver, se é uma questão que o município não pode resolver, a gente liga na DRS 6 e tenta a vaga,</p> <p>Alguém terá que solucionar o problema do paciente. Não podemos cruzar os braços.</p> | <p>Organização dos serviços</p>  |
| <p>18. alguém vai ter que dar uma solução... não podemos cruzar os braços né, não pode assim transferir o problema...</p>   |  |   | <p>Perspectivas de melhoria da rede de atenção a saúde</p>   |
| <p>19. ...na questão da referência e contra-referência ... se houvesse a possibilidade de se fazer um trabalho nesse sentido... Porque o profissional vai estar sendo informado do que o paciente foi na especialidade, o que foi feito</p>         | <p>La= refere-se a especialidade<br/>Base: refere-se ao profissional da atenção básica.</p>  | <p>Em relação a referência e contra-referência, se houvesse a possibilidade de realizar um trabalho juntamente com os profissionais especializados, pois o profissional da atenção básica seria informado o que aconteceu</p>               | <p>02. 10 Quando o médico solicita uma vaga com urgência e não esta disponível a vaga na unidade, a chefia expõem o caso para a central de agendamento que tenta agendar, ou se é urgência é Pronto-socorro. Se a central de agendamento/município não pode resolver essa questão, a chefia da unidade entra em contato com a DRS VI/Estado e expõem o caso. Alguém terá que dar uma solução.</p> <p>02. 11 Seria importante a realização de um trabalho com papel pedagógico para os níveis especializados da importância da contra-referência para o profissional da atenção básica para, com isso, ser possível um trabalho conjunto da atenção básica e</p> <p>Perspectivas para matriciamento</p> |

|  |  |  |   |                          |
|--|--|--|---|--------------------------|
| <p>né, e o que ficou aqui na <u>base</u>, ele vai saber o que esta acontecendo, e de repente, eles podem estar fazendo um trabalho em conjunto... por exemplo, o paciente esta em tratamento <u>la</u>, só que ele continua recebendo a visita do médico né, principalmente os acamados, ele tem um atendimento com o especialista mas o profissional também, e muitas vezes o profissional vai e não sabe o que o outro esta fazendo, mas ele continua fazendo a parte dele aqui...</p> <p>20. Com relação as especialidades ... se ache uma solução pra dar vazão pra todas essas vagas represadas... porque é muita gente precisando, é muita gente que não tem aonde ir...</p> |  | <p>na especialidade, e de repente eles podem trabalhar em conjunto. Por exemplo, o paciente esta em tratamento na especialidade mas continua recebendo visita domiciliar do médico da ESF, principalmente os acamados. Ele tem um atendimento com o especialista, e muitas vezes e profissional da ESF não sabe o que o especialista esta fazendo, mas ele continua fazendo a parte dele aqui...</p> <p>Com relação as especialidades, que se ache uma solução pra dar maior vazão para essas vagas represadas, pois é muita gente precisando, e gente que não tem aonde ir.</p> | <p>média e alta complexidade, a fim de uma melhor assistência ao paciente.</p> <p>02.12 Com relação as especialidades, que se ache uma solução para agilizar os encaminhamentos parados. É muita gente precisando, e gente que não tem outra opção.</p> | <p>Demanda Reprimida</p> |
|--|--|--|---|--------------------------|



### DEPOIMENTO 3

#### ***Discorra sobre sua percepção em relação ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência a partir da ESF no município de Bauru***

Bom, a referência e contra-referência não tem, o que acontece e a gente já percebeu aqui com os médicos né, o paciente vai, ele encaminhou, e o paciente vai e não vem um contra-referência, ele chega as vezes voltar com o médico, só que na...na consulta é aquilo que...assim o paciente falou ah porque o Drº de lá falou tal coisa...então realmente a gente não sabe o que aconteceu na outra consulta, então isso faz muita falta, não existe. De três anos que nós estamos aqui eu acho que eu vi de duas a três contra-referência<sup>1</sup>, mais do que isso não teve.

Os médicos reclamam da falta de contra-referência porque eles querem dar continuidade ao tratamento aqui, mesmo que ele seja acompanhado por outro médico, mas eles querem porque ele continua passando na unidade<sup>2</sup> né, então eles querem dar continuidade mas assim, não sabe o que foi feito no outro atendimento, então não existe mesmo, não tem como.

#### ENTREVISTADORA PEDIU PARA COMENTAR SOBRE AS UNIDADES DE REFERÊNCIAS...

Então, eles vem, passam pelos médicos, eles vão até a pós e nós temos que passar por uma central de agendamento né, essa central aonde faz todo o agendamento pra Bauru inteiro, não só pra Vila São Paulo, pra Bauru todo. De lá elas distribuem, as vagas são passadas pra central, e a central distribui as vagas para as unidades de saúde<sup>3</sup>. Então tem que aguardar né, então assim, nós temos fila de oftalmo, é um número grande, ortopedista, cirurgia é um número grande também, cirurgia ginecológica é uma...a gente faz desde dezembro, janeiro que não tem agendamento, então assim a demanda é muito grande e a oferta é pouca<sup>4</sup>.

Agora sim, nós estamos com esperança né, com o AME é, as ortopedias começaram a ser agendadas<sup>5</sup>, então a gente consegue agendar, nós estamos pegando de 2007 encaminhamentos de ortopedia e estamos agendando<sup>6</sup>, então pelo menos assim uma luz né com a ortopedia, e antes era pra gente separar, por exemplo ortopedia joelho, coluna, ombro, pé, mão, agora não, agora pode tudo, vai pro AME, e o AME faz a triagem que manda pro Estadual.

#### ENTREVISTADORA PEDIU PARA COMENTAR SOBRE AS UNIDADES DE REFERÊNCIAS...

Então assim, os médicos os pacientes que eles necessitam de urgente eles colocam no próprio encaminhamento urgente, então a gente vai dar prioridade nestes urgentes né, então a gente liga pra central, entra em contato, caso não tenha a vaga eles ficam com o nome lá na central aguardando pra ser chamado, assim que surgir a vaga a gente chama o paciente né, então a gente da referência quando é urgente, mas os médicos tem que colocar no encaminhamento<sup>7</sup>, não pode só o paciente chegar pra nós e falar assim: olha o médico falou que é urgente, mas não ta escrito nada no encaminhamento, tem que estar no encaminhamento urgente, senão a gente não considera mesmo.

ENTREVISTADORA PEDIU PARA COMENTAR SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DESSA NÃO EXISTÊNCIA DE CONTRA-REFERÊNCIA, E O QUE MELHORARIA NO PSF COM ELA.

Olha, a contra-referência seria mais com os médicos né Camila, no tratamento dele, porque a gente percebe com o que eles comentam. Então eles encaminham um paciente pra uma determinada especialidade, é...muitos casos, por exemplos é... dentro da psiquiatria, ele vai, ele vai passar com pelo psiquiatra, vai tomar medicação que o psiquiatra vai prescrever, agora se o psiquiatra manda essa contra-referência, olha o paciente tem tal coisa, vai tomar a medicação tal né, de tanto em tanto tempo fazer o controle, você entendeu, então o médico ta consciente, porque o médico não é psiquiatra, ele ta consciente que o paciente vai tomar por tanto tempo, que vai ter um retorno, então ele tem condições de fazer um acompanhamento melhor, agora o paciente vai comentar:...ai ele mandou tomar, então ele não sabe realmente o que ele tem, o que ele tem que tomar, você entendeu...então eu acho que isso ajudaria muito o acompanhamento do médico com esse paciente<sup>8</sup>. Inclusive por PSF eu acho assim, você tem a contra-referência, mandou pra especialidade, voltou, você sabe realmente, olha então realmente é o que eu imaginava que pudesse ser, então o tratamento vai ser diferente entendeu, a conduta médica vai ser outra, o acompanhamento vai ser em cima daquela patologia do paciente<sup>9</sup> né, então eu acho que isso ajudaria muito, com certeza.

DESEJA FALAR MAIS ALGUMA COISA A RESPEITO DESSE TEMA.

Não

| UNIDADES DE SIGNIFICADO<br>LINGUAGEM DO SUJEITO   | ELUCIDAÇÕES  | LINGUAGEM DO PESQUISADOR   | UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO   | TEMAS                                   |
|---|--|--|---|---|
| <p>0.1... o paciente <u>vai</u> e não vem um contra-referência... a gente não sabe o que aconteceu <u>na</u> outra consulta, então isso faz <u>muita falta</u>, não existe. De três anos que nós estamos aqui eu acho que eu vi de duas a três contra-referência...</p> | <p>Vai: refere que o paciente vai para a especialidade.</p> <p>Na outra consulta: na consulta com o especialista.</p> <p>Contra-referência: ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. (BRASIL, 1987).</p> | <p>O paciente vai para a especialidade e não vem uma contra-referência, não sabemos o que aconteceu com ele na outra consulta, então isso faz muita falta. De três anos que nós estamos aqui eu recebi de duas a três contra-referência.</p> | <p>03.01 Quando o paciente vai para uma especialidade não é contra-referenciado.</p>                                  | <p>Importância da contra-referência</p> |
| <p>0.2 Os médicos reclamam da falta de contra-referência porque eles querem dar continuidade ao tratamento aqui... porque ele continua passando na unidade...</p>   | <p>Continuidade ao tratamento: o paciente faz o tratamento no especialista, mas o profissional da ESF continua atendendo este paciente na atenção básica.</p>  | <p>Os médicos reclamam da falta de contra-referência pois eles querem continuar o tratamento aqui, pois o paciente continua passando na unidade.</p>   | <p>03.02 A contra-referência é importante para que os médicos da ESF dêem continuidade ao tratamento do paciente.</p> | <p>Importância da contra-referência</p> |

|   |   |   |   |                                 |
|---|---|---|---|---------------------------------|
| <p>0.3... central aonde faz todo o agendamento pra Bauru inteiro... distribui as vagas para as unidades de saúde...</p>   |   | <p>A central de agendamento é aonde faz o agendamento de Bauru inteiro, distribui as vagas para as unidades de saúde.</p>   |   | <p>Organização dos serviços</p> |
| <p>0.4 ...nós temos fila de oftalmo, é um número grande, ortopedista, cirurgia é um número grande também, cirurgia ginecológica... *desde dezembro, janeiro que não tem agendamento... a demanda é muito grande e a oferta é pouca.</p> | <p>* Esta entrevista foi realizada em novembro/2009, a entrevistada refere que para cirurgia ginecológica desde dezembro/2008, janeiro/2009 não há agendamento, então há aproximadamente 1 ano.</p> <p>Oftalmo: especialidade oftalmologia.</p> | <p>Nós temos fila de oftalmologista, ortopedista, cirurgia e cirurgia ginecológica, esta última não tem agendamento desde dezembro, janeiro. Então a demanda é muito grande e a oferta é pouca.</p> | <p>03.03 A central de agendamento é quem redistribui as vagas para as unidades de saúde. Atualmente há filas para as especialidades como oftalmologia, ortopedista, cirurgia. A cirurgia ginecológica esta sem agendar há 1 no aproximadamente. A demanda é grande e a oferta é pouca. A esperança é o AME, que já começou a agendar os pacientes encaminhados para ortopedia no ano de 2007.</p> | <p>Demanda Reprimida</p>        |
| <p>0.5... nós estamos com esperança né, com o AME é, as ortopedias começaram a ser agendadas...</p>   | <p>AME: Ambulatório Médico de Especialidade foi inaugurado no final de 2009.</p>  | <p>Agora com o AME nós estamos com esperança. As ortopedias de 2007 começaram a ser agendadas.</p>  |   | <p>Demanda Reprimida</p>        |
| <p>0.6...nós estamos pegando de *2007 encaminhamentos de ortopedia e estamos agendando...</p>   | <p>* Os encaminhamento de ortopedia estavam parados há aproximadamente 3 anos.</p>  |   |   | <p>Demanda Reprimida</p>        |

|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <p>0.7 ... os médicos os pacientes que eles necessitam de urgente eles colocam no próprio encaminhamento urgente ... a gente vai dar prioridade nestes urgentes né, então a gente liga pra central... caso não tenha a vaga eles ficam com o nome lá na central aguardando pra ser chamado, assim que surgir a vaga a gente chama o paciente... mas os médicos tem que colocar no encaminhamento...</p> | <p>Urgente: Que urge; que deve ser feito com rapidez. Iminente (AURELIO, 1977)</p> | <p>Os médicos solicitam com urgência a vaga para os pacientes que necessitam. Para isso o médico coloca no próprio encaminhamento “urgente”, então nós ligamos na central de agendamento, caso não tenha a vaga eles ficam com o nome do paciente lá e assim que surgir a vaga eles chamam o paciente.</p>                             | <p>03.04 Quando os médicos solicitam uma vaga urgente, eles colocam no encaminhamento a urgência. A chefia da unidade entra em contato com a central de agendamento e solicita a vaga. Não havendo no momento a central fica com o nome do paciente e assim que surgir entram em contato.</p> | <p>Priorização das vagas urgente/emergência</p> |
| <p>0.8 .. ele vai passar com pelo psiquiatra, vai tomar medicação que o psiquiatra vai prescrever, agora se o psiquiatra manda essa contra-referência, olha o paciente tem tal coisa, vai tomar a medicação tal né, de tanto em tanto tempo fazer o controle... então o médico ta consciente, porque o médico não é psiquiatra... ele tem condições</p>   |  | <p>O paciente vai passar pelo psiquiatra e vai tomar a medicação que o psiquiatra prescrever. Se o psiquiatra encaminha essa contra-referência que o paciente tem esse diagnóstico, e vai fazer uso de tal medicação, de tanto em tanto tempo, então o médico da atenção básica esta sabendo o que esta acontecendo com o paciente</p> | <p>03.05 Quando o paciente passa na referência e o especialista o contra-referencia pra atenção básica, este profissional saberá o que aconteceu e poderá acompanhar o seu tratamento de uma maneira mais eficaz.</p>   | <p>Importância da contra-referência</p>         |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <p>de fazer um acompanhamento melhor... isso ajudaria muito o acompanhamento do médico com esse paciente.</p> <p>0.9 Inclusive por PSF eu acho assim, você tem a contra-referência, mandou pra especialidade, voltou, você sabe realmente, olha então *realmente é o que eu imaginava que pudesse ser, então o tratamento vai ser diferente entendeu, a conduta médica vai ser outra, o acompanhamento vai ser em cima daquela patologia do paciente...</p> | <p>* Confirmação ou não do diagnóstico que o médico da atenção básica suspeitava.</p> | <p>e assim tem condições de acompanhar melhor este paciente. Isso ajudaria muito o acompanhamento do médica generalista com o paciente.</p> <p>Se o PSF tem a contra-referência, que voltou da especialidade, o profissional confirma ou não a hipótese diagnóstica de que ele suspeitava. Então o tratamento será diferente, a conduta médica será outra, o acompanhamento do paciente será em cima da sua patologia confirmada.</p> | <p>A contra-referência é relevante para que a ESF tenha uma avaliação da pertinência do encaminhamento.</p> | <p>Importância da Contra-referência</p> |
|---|---|---|---|---|

#### DEPOIMENTO 4

##### ***Discorra sobre sua percepção em relação ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência a partir da ESF no município de Bauru***

Eu acho assim, a referência, contra-referência é muito importante, principalmente a contra-referência é importantíssima, porque se o paciente, se a gente encaminha o paciente pra uma outra atenção né, a um outro nível, ele necessita, o paciente vai lá, ele é atendido e quando ele retorna ele...nós os técnicos que ficamos na atenção básica necessitamos demais dessa contra-referência porque daí pra saber o que que foi feito, qual o tratamento<sup>1</sup>, o que que foi feito com ele, e as vezes isso em 99% não há essa contra-referência infelizmente, assim, não há e isso ai eu não digo só de médicos não, digo de todas as categorias profissionais, não há uma...aquela...que você deveria fazer, que isso ai teria que ser uma coisa que assim, eu acabei de atender o paciente, ah o que que eu fiz, eu cheguei, o encaminhamento de alguém, acabei de...ele vem com o encaminhamento, acabei de atender, qualquer categoria seja médico, seja enfermeiro, seja assistente social<sup>2</sup>, qualquer categoria, ele teria que colocar já no encaminhamento a contra-referência, olha pra esse paciente eu resolvi tal...tal coisa, daí ele volta pra mim que eu que encaminhei, ah...você foi...porque não acontecendo isso o paciente volta pra mim, ele vai falar, então eu vou perguntar pra ele: o que o médico, ou então, o que aquela pessoa, o que aquela enfermeira é, o tratamento feito com você, ele vai falar da maneira como ele entendeu, e as vezes não é tanto certo como eu um técnico deveria<sup>3</sup> né, deveria saber pra continuar...aquele paciente é meu e eu vou continuar pensando nele, não é porque ele foi la num outro nível que ele vai ficar lá, não, ele vai voltar porque ele é meu, esse paciente é meu, é da atenção básica<sup>4</sup>, então eu acho muito importantíssimo essa contra-referência que infelizmente, 99% não acontece.

Pra falar que não aconteceu acho que umas duas vezes eu peguei contra-referência assim que eu exaltei, olha que coisa maravilhosa uma contra-referência, só que uma delas eu não entendi, sinceramente, era de um médico, era uns garranchos que não foi entendido, e uma vez era, foi de uma assistente social, que por isso que eu falo pra você, são todos os níveis tem que fazer<sup>5</sup>, a gente tem que se acostumar a fazer essa referência e contra-referência. E as vezes por falta, por os profissionais acharem ah. Porque não tem tempo pra fazer isso aquilo, então acaba não fazendo. A gente tem que ver que isso é muito importante pra quem, para o paciente e pra quem esta la na atenção básica que foi quem encaminhou ele pra la<sup>6</sup>. Isso é muito importante. Infelizmente não existe.

Eu acho assim...que as autoridades acima da gente teriam que ver mais isso sabe, procurar é orientar, eu acho assim é uma parte de orientação pra que esses profissionais técnicos pra que comecem a fazer, comecem, porque não é nem recomendar, é começar, porque nunca teve, eu nunca ouvi falar, do tanto que eu trabalho, eu nunca vi. Eu acho que seria muito importante, então seria...teria que ter uma orientação, daí vamos supor a gente fazer um curso da importância da contra referência sabe no município de Bauru<sup>7</sup>, teria que ter um curso desses, a gente tem tantos cursos, então seria esse eu acho muito importante, porque a maneira...é assim você pergunta para o paciente, então ele vai falar da maneira como ele entendeu, as vezes ele não entendeu<sup>8</sup>, as vezes é uma paciente assim que não tem muita cultura né, cultura que eu digo de técnico né, então ele não vai entender nada e eu não vou saber nada pra falar, e as vezes até se eu preciso de mais coisas eu até tenho que ligar pra esse médico, ou pra esse outro profissional, estar perguntando: olha o que aconteceu? Resolveu? Não resolveu?<sup>9</sup> Então eu tendo ali por escrito seria assim a coisa maravilhosa, mas isso é sonho<sup>10</sup>.

## ENTREVISTADORA PEDIU PARA COMENTAR SOBRE AS UNIDADES DE REFERÊNCIAS...

Aqui em Bauru nós temos a central de agendamento que é todos encaminhados pra lá, então que existe a forma de planilha<sup>11</sup>, nós passamos isso em forma de planilha. Aqueles casos que os médicos colocam como urgência então, nós de uma certa forma a gente liga pra central de agendamento, conversa com uma das moças que trabalham lá e solicita<sup>12</sup>, mas muitas vezes e infelizmente, tipo ontem mesmo, eu necessitei, tinha um encaminhamento de uma criança de 3 anos que necessitava urgente de um gastro pediátrico então, já tinha feito planilha com urgência pra central de agendamento, essa central de agendamento fica na secretaria municipal de saúde, então eu liguei lá e nós falamos: olha nós já enviamos essa planilha mas a mãe da paciente está aqui, é uma pacientizinha, uma menina que está necessitando de mais com urgência isso, e o que ela me respondeu: olha infelizmente, no momento o Hospital Estadual aonde que a gente utiliza mais essa especialidade não tem gastro pediátrico no momento, então nós que estamos ali na atenção básica, nós ficamos é...como se diz...no “tet a tet” do paciente, porque a gente fica numa...um tanto chateados por não poder, sabendo de tudo o que o paciente está passando, que a mãe está passando e não poder resolver<sup>13</sup>, porque isso não é da nossa alçada resolver, é mais as vezes até de secretarias, é mais de secretaria municipal ou até secretaria do estado, porque isso, a especialidade é mais do estado, e nem tanto o municipal<sup>14</sup>.

## DESEJA FALAR MAIS ALGUMA COISA A RESPEITO DESSE TEMA.

Eu acho assim...O que eu mais acho importante é a contra-referência e falo que nós, como aqui na atenção básica ultimamente a gente está...a referência está muito difícil<sup>15</sup>. Com o ambulatório de especialidades que melhore essa referência, que melhore, que nós tenhamos, que os pacientes tenham mais especialidades pra gente encaminhar e que seja feito alguma coisa no sentido da contra-referência também<sup>16</sup>.



| UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO   | ELUCIDAÇÕES   | LINGUAGEM DO PESQUISADOR  | UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO   | TEMAS  |
|--|---|---|---|--|
| <p>1.0. ... <u>contra-referência</u> é muito importante... se a gente encaminha o paciente pra uma outra atenção... nós os <u>técnicos</u> que ficamos na atenção básica necessitamos demais dessa <u>contra-referência</u>... pra saber o que que foi feito, qual o tratamento...</p> | <p>Contra-referência: ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. (BRASIL, 1987).</p> <p>Técnicos: refere-se a equipe técnica: enfermeiro, assistente social, médicos.</p> | <p>A Contra-referência é muito importante. Se encaminhamos um paciente para uma outra atenção, nós da atenção básica precisamos da contra-referência pra saber o que foi feito.</p> | <p>04.01 A contra-referência é muito importante para a atenção básica oferecer a continuidade no tratamento do paciente que é encaminhado para a especialidade.</p> | <p>Importância da Contra-referência</p>                              |
| <p>2.0 ... em 99% não há essa <u>contra-referência</u> infelizmente...e isso ai eu não digo só de médicos não, *digo de todas as categorias profissionais... categoria seja médico, seja enfermeiro, seja assistente social...</p>   | <p>* As vezes o paciente é encaminhado para fisioterapia, serviço social de outras unidades, que também devem contra-referenciar esse paciente.</p>   | <p>Em 99% dos casos não há essa contra-referencia. Todas as categorias devem contra-referenciar os pacientes, como o médico, o enfermeiro, o assistente social.</p>                 | <p>04.02 Em 99% dos casos não há contra-referencia. Todas as categorias que atendem em nível especializado devem contra-referenciar o paciente.</p>                 | <p>Importância da contra-referência</p>                              |
| <p>3.0. ...porque não aconteceu <u>isso</u> o paciente volta pra</p>   | <p>Isso: refere-se a contra-referencia.</p>   | <p>Não acontecendo essa contra-referência o paciente</p>  | <p>04.03 Inexistindo a contra-referencia o usuário volta para</p>   | <p>Desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários</p> |

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <p>mim...eu vou perguntar pra ele: o que o médico...o que aquela enfermeira é, o tratamento feito com você, ele vai falar da maneira como ele entendeu, e as vezes não é tanto certo como eu um técnico deveria...</p>  |  | <p>volta e eu pergunto pra ele: o que o médico, enfermeira, qual o tratamento realizado e ele vai falar da maneira que ele entendeu.</p>                                 | <p>a atenção básica e vai falar do tratamento realizado da maneira que ele entendeu.</p>   |   |
| <p>4.0 ...aquele paciente é <u>meu</u> e eu vou continuar pensando nele, não é porque ele foi la num outro nível que ele vai ficar lá, não, ele vai voltar porque ele é meu... é da atenção básica...</p>   | <p>É meu: refere que o paciente é da atenção básica.</p> | <p>O paciente é da atenção básica e continuará sendo acompanhado pela mesma.</p>   | <p>04.04 O paciente é da atenção básica e continuará sendo acompanhado pela mesma.</p>   | <p>Importância da Contra-referência</p> |
| <p>5.0. ...umas duas vezes eu peguei contra-referência... só que uma delas eu não entendi, sinceramente, era de um médico, era uns garranchos que não foi entendido, e uma vez era, foi de uma assistente social, que por isso que eu falo pra você, são todos os níveis tem que fazer...</p> |  | <p>Umas duas vezes houve a contra-referencia, no entanto uma delas não foi possível entender pois a letra estava muito ruim, e a outra foi de uma assistente social.</p> | <p>04.05 Por somente duas vezes houve a contra-referência nesta unidade. No entanto em uma a letra não estava legível e na outra era uma contra-referencia de uma assistente social.</p> | <p>Importância da contra-referência</p> |
| <p>6.0. ...as vezes por falta, por os *profissionais acharem ah. Porque não tem tempo pra</p>   | <p>* Os profissionais da especialidade.</p>              | <p>Os profissionais especializados não fazem a contra-referencia relatando</p>   | <p>04.06 A justificativa dos profissionais da atenção especializada para a não</p>   | <p>Importância da Contra-referência</p> |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>fazer isso aquilo, então acaba não fazendo... isso é muito importante...para o paciente e pra quem esta la na atenção básica que foi quem encaminhou ele pra la...</p>  |  | <p>que não tem tempo. No entanto é muito importante para o paciente e para o profissional da atenção básica.</p>   | <p>realização da contra referencia é a falta de tempo. Mas é um documento muito importante para o paciente e para o profissional da atenção básica.</p>  |  |
| <p>7.0. ...as autoridades acima da gente teriam que ver mais isso sabe ... orientação pra que esses profissionais técnicos pra que comecem a fazer... fazer um curso da importância da contra referência sabe no município de Bauru...</p> | <p>As autoridades: seriam os órgãos responsáveis pela especialidade.</p> | <p>As autoridades deveriam fazer uma orientação para os profissionais especializados começarem a fazer a contra-referência.</p>  | <p>04.07 Os órgãos responsáveis pelas especialidades devem realizar orientações para estes profissionais especializados, a fim de que comecem a fazer a contra-referencia.</p>   | <p>Desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários</p> |
| <p>8.0...você pergunta para o paciente, então ele vai falar da maneira como ele entendeu, as vezes ele não entendeu...</p>   | <p>Você: refere-se ao profissional da atenção básica.</p>                | <p>O paciente vai falar pra o profissional da atenção básica da maneira que ele entendeu.</p>  | <p>04.08 O paciente que foi para a especialidade praticamente traz um recado para o profissional da atenção básica, da forma com que ele entendeu. Caso este recado seja insuficiente para este profissional, o mesmo entra em contato via fone com a especialidade a fim de obter mais dados do que realmente aconteceu com o</p> | <p>Desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários</p> |
| <p>9.0 ...as vezes até se eu preciso de mais coisas eu até tenho que ligar pra esse <u>médico</u>, ou pra esse outro profissional, esta perguntando: olha o que aconteceu? Resolveu? Não resolveu?</p>                                     | <p>Médico: especialista.</p>   | <p>Se é necessário mais dados sobre o que aconteceu com o paciente na especialidade, entra-se em contato com mesmo. Se tivesse a contra-referencia não precisaria disso.</p> |  | <p>Retrabalhos e custos para o sistema</p>                           |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <p>10. Então eu tendo ali por escrito seria assim a coisa maravilhosa, mas isso é sonho.</p> <p>11.0 ... a central de agendamento que é todos encaminhados pra la...existe a forma de planilha...</p>  |  | <p>Se tivesse a contra referência seria muito bom.</p> <p>A central de agendamento é quem regula as vagas, que ficam em forma de planilha.</p>   | <p>paciente. Se funcionasse a contra-referencia isso não seria necessário.</p>   | <p>Importância da contra-referência</p> <p>Organização do serviço</p> |
| <p>12.0 Aqueles casos que os médicos colocam como urgência... a gente liga pra central de agendamento, conversa com uma das moças que trabalham la e solicita...</p>   | <p>Urgência: Urgente: Que urge; que deve ser feito com rapidez. Iminente (AURELIO, 1977)</p> | <p>Quando os médicos colocam urgência, entra-se em contato telefônico com a central de agendamento e expõe o caso.</p>   | <p>04.09 A central de agendamento é quem regula as vagas, que ficam em forma de planilha</p> <p>04.10 Quando a vaga é solicitada com urgência pelo médico, expões o caso para a central de agendamento via fone.</p> | <p>Priorização das vagas urgência/emergência</p>                      |
| <p>13.0 ...ontem mesmo, eu necessitei, tinha um encaminhamento de uma criança de 3 anos que necessitava urgente de um gastro pediátrico então, já tinha feito planilha com urgência pra central de agendamento, essa central de agendamento fica na secretaria municipal de saúde, então eu liguei la e nós falamos:...é uma pacientizinha, uma menina que esta necessitando de mais com</p> | <p>Gastro-pediátrico: médico especialista</p>  | <p>Ontem mesmo tinha um encaminhamento urgente de uma criança de 3 anos para o gastropediátrico, já estava em forma de planilha na central de agendamento que fica na secretaria de saúde. Entramos em contato via fone e expusemos o caso, no entanto a resposta foi a de que o Hospital Estadual esta sem gastropediátrico no momento. Então nós que estamos ali na atenção básica</p> | <p>04.11 Algumas especialidades ficam sem especialistas em certos momentos, como por exemplo o gastropediátrico, e estes pacientes que necessitam com urgência ficam sem este atendimento.</p>                       | <p>Operacionalização da referência no município</p>                   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <p>urgência isso, e o que ela me respondeu: olha infelizmente, no momento o Hospital Estadual aonde que a gente utiliza mais essa especialidade não tem gastro pediátrico no momento, então nós que estamos ali na atenção básica, nós ficamos... um tanto chateados por não poder, sabendo de tudo o que o paciente esta passando, que a mãe esta passando e não poder resolver...</p> |   | <p>ficamos chateados por não poder resolver o problema do paciente.</p> |  |
| <p>14.0 ...porque isso não é da nossa alçada resolver, é mais... a secretaria do estado... a especialidade é mais do estado, e nem tanto o municipal.</p>   |   | <p>A especialidade é do Estado, e não do município.</p>                 | <p>Operacionalização da referência no município</p>  |
| <p>15.0 ... a referência esta muito difícil.</p>  | <p>Referência: ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outra de maior complexidade. (BRASIL, 1987).</p> | <p>A referência esta muito difícil.</p>                                 | <p>04.12 A especialidade não é da governabilidade da atenção básica, nem do município. É do estado, pois é o estado quem regula as vagas de especialidades.</p> <p>Demanda reprimida</p> |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <p>16.0 Com o ambulatório de especialidades que melhore essa referência... que os pacientes tenham mais especialidades pra gente encaminhar e que seja feito alguma coisa no sentido da contra-referencia também.</p> |  | <p>Há a expectativa de que com o AME melhore e referência do pacientes, com mais especialidades e que se faça alguma coisa no sentido da contra-referencia.</p> | <p>04.13 O sistema de referência esta muito difícil. Espera-se que com o AME melhore o sistema de referência, e que se faça alguma coisa para melhorar a contra-referencia.</p> | <p>Perspectivas de melhoria da rede de atenção a saúde</p> |
|---|--|---|---|--|

## DEPOIMENTO 5

### ***Discorra sobre sua percepção em relação ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência a partir da ESF no município de Bauru***

É, acho que é o seguinte, a visão que eu tenho de referência e contra-referência aqui, acho que a questão de saúde da família, as unidades que adotaram o modelo saúde da família sofrem exatamente o mesmo problema que sofrem as outras unidades de atenção básica que são os núcleos de saúde, que é ter um sistema de referência e contra-referência muito precário, e isso na verdade contamina o sistema na cidade como um todo<sup>1</sup>.

A visão que eu tenho hoje da cidade de Bauru como sistema de saúde é que nós temos um conjunto de serviços de saúde onde cada um funciona com a sua lógica, com seus interesses e isso não consegue formar uma rede, então não é que...Não é que você tem um instrumento, quer ver, referência e contra-referência seria um instrumento, uma ferramenta, não é que essa ferramenta não funcione, nós não temos uma rede constituída pra que se possa aplicar essa ferramenta<sup>2</sup>, então essa é a visão que eu tenho.

Nós temos um estrangulamento muito grande nas especialidades é, a oferta é muito menos do que a nossa necessidade de atender nas áreas especializadas, seja consulta referenciada, seja exame<sup>3</sup>, quando você consegue esse atendimento, o local de referência que atende o caso capta o caso e se apropria dele sem dar qualquer satisfação pra atenção básica<sup>4</sup>. Não há um sistema devo...ou seja o sistema de contra-referência é ainda pior que o sistema de referência<sup>5</sup>, então existe essa limitação no atendimento, e a coisa mais grave que eu vejo neste sistema é que o serviço de referência não fazem absolutamente nada do ponto de vista do seu papel pedagógico<sup>6</sup>, não existe o processo de matriciamento<sup>7</sup>, ou seja, o que acontece na prática, os serviços que estão na atenção básica reclamando que não conseguem encaminhar eles pra referência, os serviços de referência reclamando que a atenção básica não sabem encaminhar os casos pra la porque encaminham um monte de bobagens, sem que eles se conversem, e façam processos conjuntos, e tenham um pacto conjunto de trabalho<sup>8</sup>, então esse é o jeito que eu vejo a rede de referência e contra-referência.

Isso também é um pouco decorrência, eu acho que essa é uma questão importante de a gente analisar, é um pouco decorrência do baixo grau de absorção do serviço de média e alta complexidade na gestão municipal. No município de Bauru os serviços de média e alta complexidade estão basicamente sob gestão do nível da esfera Estadual de governo, ficou meio tacitamente estabelecido, olha a secretaria municipal de saúde é pra tocar a atenção básica, a atenção aquela que seria secundária, terciária não, aí é um problema do Estado. Mas é um entendimento torto e local não tem nada, alias sem nenhum embasamento conceitual, sem nenhum respaldo conceitual dentro dos preceitos do SUS<sup>9</sup> e tudo mais, mais isso aconteceu em Bauru.

A grande parte, a quase totalidade dos recursos que se destinam a média e alta complexidade se destinam aos serviços que estão sob gestão do Estado e não se destinam aos serviços que estão sob gestão do município, isso gera problemas não só do ponto de vista do fluxo dos pacientes na chamada atenção ambulatorial, do ponto de vista da atenção hospitalar também é grave, porque o município é o responsável pela rede de urgência e emergência, recebe o caso, não tem aonde internar, e também sob o ponto de vista de internações hospitalares isso não esta sob gestão do município<sup>10</sup>.

Então é uma situação bastante confusa, bastante confusa do jeito que a gente esta funcionando.

Eu acho que o município tem que fazer um grande investimento, e é o que o município esta fazendo, na revisão do modelo de saúde, não é só fazendo ajustes não, a gente tem que fazer uma transformação do modelo de atenção, sem o que vai ser difícil a gente resolver isso<sup>11</sup> né, por exemplo, o município tem a intenção de criar ambulatório de especialidades, serviços de especialidades clínicas<sup>12</sup>, mais eu vejo que isso, isso não é só pra ser assistencial, tem um papel assistencial importante, mas talvez mais importante que o papel assistencial seria o papel pedagógico mesmo, fazer reunião periódica, reunião clínica, ensinar a rede básica. Ah tudo bem o cara esta encaminhando errado, qual é o problema? É a falta de conhecimento, não conhece como é que aborda e tal, tem a possibilidade de fazer melhor, tudo bem, como é que a gente ajusta isso<sup>13</sup>, esse serviço pedagógico nunca nenhum serviço de saúde fez aqui na cidade de Bauru<sup>14</sup>, então são serviços fragmentados mesmo, é um conjunto de serviços de saúde, cada um na sua, isso não forma uma rede, na medida em que não forma uma rede você não consegue ter um fluxo de informações nessa rede que propicie isso<sup>15</sup>.

Há pecados municipais, o grande pecado municipal é a gente não ter um sistema de informação que seja suficiente nem pra gente entender como é que isso funciona. A gente esta brigando por isso<sup>16</sup>, pra ter um sistema informatizado. É assim que eu vejo.

DESEJA FALAR MAIS ALGUMA COISA A RESPEITO DESSE TEMA.

Eu acho que é isso mesmo. É um desenho de uma situação muito caótica. Acho que a única coisa que eu desejaria falar é do ponto de vista do paciente, porque eu converso bastante com os pacientes da rede, eu sei tudo o que acontece com eles, eles perambulam, repicam, vão de um serviço pro outro, são encaminhados daqui pra la, um encaminha pro outro, um encaminha pro outro e eles ficam perambulando com os papéis na mão de um lado pro outro fazendo uma quantidade enorme de retrabalhos<sup>17</sup>, não é! E do ponto de vista desse conjunto de serviço que não forma uma rede nós na verdade estamos “enxugando gelo”, a gente faz uma quantidade enorme de retrabalhos, vê o paciente que, muitas vezes, sem que a gente tenha a capacidade de resolver o problema dele<sup>18</sup>.

ENTREVISTADORA PEDIU PARA COMENTAR SOBRE AS UNIDADES DE REFERÊNCIAS...

Olha, até muito recentemente a única unidade de especialidade que a gente tinha era o ambulatório do Hospital Estadual com uma disponibilidade de vagas que não existe outra palavra pra definir que não seja ridícula, as projeções, se a gente pegar os parâmetros assistenciais, as projeções é a de que nós precisaríamos em torno, mais ou menos de 8.000 consultas especializadas, só pegando na área assistencial médica né, porque o exame é um pouco em decorrência disso, 8.000 consultas especializadas por mês. A oferta quando eu cheguei na secretaria no início de 2009 nós fizemos um levantamento de quanto que nós dispúnhamos de consultas especializadas por mês pra essa cidade prevista de 8.000, nós tínhamos algo em torno de 400 consultas. Então não é nem 10% da nossa necessidade, isso perdurou praticamente durante todo o ano de 2009<sup>19</sup>, o gargalo que se faz é na atenção básica, é aonde esta instalado uma das modalidades de funcionamento é o PSF, e ou ESF agora mais modernamente né, e isso esta, esse gargalo, esse represamento de necessidades esta na unidade, então a unidade sofre com isso porque ela fica la com aquelas fichinhas, aqueles encaminhamentos, não



tem como mandar, não tem como fazer<sup>20</sup>, então em 2009 a gente viveu meio nessa situação.

No final de 2009 foi inaugurado, por iniciativa do governo Federal, o ambulatório médico de especialidades, isso eu acho que vai dar uma boa ajuda pra desafogar, embora eles não vá atingir a totalidade do que a gente precisa de atendimento<sup>21</sup>, vai desafogar muito, eu acho que vai ser um avanço pro nosso atendimento e há uma curiosidade nisso, nesta disponibilidade que eu disse que nós tínhamos de vaga, nós tínhamos em torno de 400 vagas por mês, e em várias especialidades era a mesma quantidade de vagas de pequenos municípios que nós temos aqui na região, municípios muitas vezes de menos de 10.000 habitantes, então veja, quem fez essa distribuição de vagas não levou em conta a população, que é uma coisa, é primária do ponto de vista de gestão em saúde. Pra se ter uma idéia o número de vagas que Bauru tinha de cardiologia por mês era parecido com Hawaii, com outros municípios de perto que não tem assistência hospitalar, então eu acho que isso muda sensivelmente com a instalação do ambulatório médico de especialidade, porque o ambulatório médico de especialidade ele vai fazer a distribuição dos atendimentos de acordo com a população, essa foi uma decisão do próprio CGR – Conselho de Gestão Regional<sup>22</sup>.

O município tem alguns serviços de referência, mas esses serviços de referência do município, então o que existe hoje, então até 2009 praticamente só o Hospital Estadual e um pouco no Hospital de Base, mais é assim, não é, um pouco, esta meio fragmentada em outro serviço, alguma outra especialidade no centrinho e tal, mas o grosso era no Hospital Estadual e agora basicamente no Hospital Estadual e AME<sup>23</sup>.

E pros serviços municipais, eles são muito localizados em determinadas questões, então por exemplo uma questão em que nós atuamos é na área de doenças infecciosas né, tem um centro de referência em DST/AIDS, isso é o miúdo do atendimento que foi montado a nível de país pra atender especificamente a questão da AIDS não é. Hoje esta se ampliando um pouco pra outras doenças infecciosas, mas ainda há limitações no atendimento<sup>24</sup>, é uma das áreas especializadas.

A outra área especializada que nós temos é na área de saúde do trabalhador, que tem essa idéia de fazer matriciamento, ensinar a rede a detectar problema, empoderar a rede no funcionamento desse sistema de atendimento, mas ainda precisa de uma série de desenvolvimento interno<sup>25</sup>, é outro serviço.

Nós temos serviços que chama serviço de orientação e prevenção do câncer que atua um pouco na área oncológica, mas pouco, é um serviço pequeno pra uma demanda de oncologia de uma cidade do tamanho de Bauru<sup>26</sup> é, é outro serviço.

E uma área que nós fazemos bastante é a área de saúde mental, nós temos vários serviços instalados e nós estamos vivendo agora uma transição de modelo<sup>27</sup>. Bauru era uma cidade que tinha, que foi, construiu a assistência a saúde mental muito semelhante ao resto do país, baseado em hospitais psiquiátricos, e esses hospitais ao longo do tempo foram fechando e foram sendo substituídos por modalidades alternativas<sup>28</sup>, mas nós não conseguimos ser eficazes e suficientes nessas modalidades alternativas, nós estamos tentando fazer isso agora<sup>29</sup>, um outro serviço então especializado que basicamente são municipais é na área de saúde mental.

E ai voltando pra esse sistema de referência e contra- referência, com relação as doenças infecciosas funciona bem, DST/AIDS, então funciona bem o sistema de referência e contra-referência, com relação também ao serviço de orientação e prevenção do câncer também, já na saúde mental ele não funciona porque na verdade a rede básica não faz nada na saúde mental, então ele acaba sendo jogado diretamente e absorvido pelos serviços especializados<sup>30</sup>.

Esse é um desafio que é colocado pra gente, as ações mais simples, mais pertinentes também na área de saúde mental, a gente começar a fazer isso nessa rede de atenção básica, mas pra isso nós precisamos ampliar a rede de atenção básica<sup>31</sup>. A rede de atenção básica do município de Bauru é muito insuficiente, nós temos hoje a mesma rede que foi construída no final da década de 80, então tem mais de 20 anos que essa rede existe e não teve grandes acréscimos<sup>32</sup>, grandes crescimentos em relação ao que a gente tem hoje. Pra isso nós, toda a ampliação da atenção básica vai ser baseada na estratégia saúde da família, até o final deste governo nós pretendemos implantar mais 25 equipes que, esse ano deverão acontecer a implantação de 14<sup>33</sup>.

ENTREVISTADORA PEDIU PARA COMENTAR SOBRE AS UNIDADES DE CONTRA-REFERÊNCIA...

Não existe. É a minha percepção. Eu acho que nada funciona do ponto de vista de contra-referência<sup>34</sup>. Veja, o que acontece é assim, em geral os pacientes não são devolvidos pra atenção básica por aquele problema que ele foi lá procurar. Quando eles são devolvidos, eles são devolvidos com uma orientação voltada para o próprio paciente, o próprio doente, essa orientação não é voltada num processo de interlocução para os profissionais que estão lá na atenção básica<sup>35</sup>, então o máximo que acontece do ponto de vista de contra-referência, o máximo é o paciente levar um recado para o profissional que esta na ponta, isso eu considero que um sistema deste tipo, não tem contra-referência<sup>36</sup>. Tem menos contra-referência do que o sistema precisa.

| UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO   | ELUCIDAÇÕES   | LINGUAGEM DO PESQUISADOR  | UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO   | TEMAS   |
|--|---|---|---|---|
| <p>1.0 ...as unidades que adotaram o modelo saúde da família sofrem exatamente o mesmo problema que sofrem as outras unidades de atenção... que é ter um sistema de referência e contra-referência muito precário, e isso na verdade contamina o sistema na cidade como um todo.</p> | <p>Referência: ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outra de maior complexidade. (BRASIL, 1987).</p> <p>Contra-referência: ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. ( BRASIL, 1987).</p> | <p>A ESF sofre o mesmo problema que as UBS, que é ter um sistema de referência e contra-referência muito precário, o que compromete o sistema de saúde na cidade como um todo.</p>        | <p>05.01 Tanto na ESF como na UBS o sistema de referência e contra-referência é precário, comprometendo o sistema de saúde como um todo.</p>  | <p>A visão do Sistema de referência e contra-referência</p> |
| <p>2.0 ... Bauru como sistema de saúde... temos um conjunto de serviços de saúde onde cada um funciona com a sua lógica, com seus interesses e isso não consegue formar uma rede... referência e contra-referência</p>   | <p>Contamina: refere-se que o não funcionamento do sistema de referência e contra-referência inviabiliza o funcionamento dos serviços de saúde.</p>   | <p>O sistema de saúde de Bauru é formado por um conjunto de serviços de saúde, onde cada um funciona com a sua lógica e interesses individuais, não formando uma rede. A referência e</p> | <p>05.02 Os serviços de saúde juntos formariam uma rede, no entanto no município de Bauru cada serviço trabalha com seus interesses individuais e sua lógica, de forma fragmentada. Na medida em que não se</p> | <p>A visão do Sistema de referência e contra-referência</p> |

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p>seria um instrumento, uma ferramenta, não é que essa ferramenta não funcione, nós não temos uma rede constituída pra que se possa aplicar essa ferramenta...</p>                                       | <p>Rede: refere-se a vários serviços de saúde trabalhando em conjunto.</p> <p>Instrumento: Recurso empregado para alcançar um objetivo, meio (AURELIO, 1977).</p> <p>Ferramenta: refere-se a um dispositivo empregado a fim de um objetivo.</p> | <p>contra-referência seria uma ferramenta, e na medida em que essa rede de serviços de saúde não é formada, a ferramenta não é aplicada.</p>   | <p>forma essa rede, a ferramenta sistema de referência e contra-referência não consegue ser aplicada.</p>   |   |
| <p>3.0...temos um estrangulamento muito grande nas especialidades é, a oferta é muito menos do que a nossa necessidade de atender nas áreas especializadas, seja consulta referenciada, seja exame...</p> | <p>Estrangulamento: Referência se à pequena quantidade de vagas ofertadas para uma população muito grande.</p>  | <p>Atualmente a oferta de consultas especializadas e exames são muita pequena para uma demanda muita grande.</p>                               | <p>05.03 A oferta de consultas especializadas e exames para o município de Bauru é muito pequena, levando em consideração a população atendida e que necessita.</p> | <p>Demanda Reprimida</p>                |
| <p>4.0 ...quando você consegue esse atendimento o local de referência que atende o caso capta o caso e se apropria dele sem dar qualquer satisfação pra atenção básica...</p>                             | <p>Você: refere-se ao paciente.</p> <p>Apropriar: Tomar como seu. Tomar como próprio, conveniente, adaptar. Apoderar-se (AURELIO,</p>   | <p>Quando o paciente consegue ser atendido pela especialidade, a mesma se apropria dele sem dar a contra-referência para a atenção básica.</p> | <p>05.04 Quando o paciente é</p>  | <p>Importância da contra-referência</p> |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <p>5.0 ..o sistema de contra-referência é ainda pior que o sistema de referência...</p> <p>6.0 ...a coisa mais grave que eu vejo neste sistema é que o serviço de referência não fazem absolutamente nada do ponto de vista do seu papel pedagógico...</p> | <p>1977).</p>  | <p>O sistema de contra-referência é ainda pior que o sistema de referência</p> <p>A coisa mais grave é que o serviço de referência não faz nada do ponto de vista do papel pedagógico.</p> | <p>atendido pela especialidade, a mesma não faz a contra-referencia. O sistema de contra-referencia é pior que o sistema de referência.</p> <p>05.05A coisa mais grave é que os serviços de referência não fazem nada do ponto de vista do papel pedagógico sobre a importância da contra-referencia.</p> | <p>Importância da contra-referência</p> <p>Perspectivas para matriciamento</p> |
| <p>7.0 ...não existe o processo de matriciamento...</p>  | <p>Matriciamento ou apoio matricial: objetiva assegurar retaguarda especializada as equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. (CAMPOS, DOMITTI, 2007).</p> | <p>Não existe o processo de matriciamento.</p>   | <p>Perspectivas para matriciamento</p>  | <p>Perspectivas para matriciamento</p>   |
| <p>8.0 ...os serviços que estão na atenção básica reclamando que não conseguem encaminhar eles pra referência, os serviços de referência reclamando que a atenção básica não sabem</p>   | <p>Eles: refere-se aos pacientes da atenção básica.</p>  | <p>Os serviços da atenção básica reclamam que não há vaga na referência, e a referência reclama que a atenção básica não sabe encaminhar, sem que os dois</p>                              | <p>05.06 Não existe o processo de matriciamento entre a atenção básica e o nível especializado. A atenção básica refere que não consegue encaminhar o usuário para a referência, e</p>  | <p>Perspectivas para matriciamento</p>   |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <p>encaminhar os casos pra la porque encaminham um monte de bobagens, sem que eles se conversem, e façam processos conjuntos, e tenham um pacto conjunto de trabalho...</p>   |   | <p>se conversem e façam trabalhos conjuntos.</p>  | <p>esta refere que a atenção básica não sabe encaminhar os pacientes, sem que os dois níveis se comuniquem e façam pacto de trabalhos conjuntos.</p>  |   |
| <p>9.0 <u>Isso</u> também é um pouco decorrência... do baixo grau de absorção do serviço de média e alta complexidade na gestão municipal... No município de Bauru os serviços de média e alta complexidade estão basicamente sob gestão do nível da esfera Estadual de governo... Mas é um entendimento torto e local não tem nada, alias sem nenhum embasamento conceitual, sem nenhum respaldo conceitual dentro dos preceitos do SUS...</p> | <p>Isso: refere-se a falta de comunicação entre os diversos níveis de complexidade em saúde.<br/>Média complexidade: especialidades<br/>Alta complexidade: constituídas pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar (BRASIL, 2004).</p> | <p>A falta de comunicação entre as atenções á saúde decorre da divisão entre os serviços, sendo que os serviços de média e alta complexidade estão basicamente sob gestão da esfera Estadual, o que é um entendimento errôneo e local sem nenhum embasamento dentro dos preceitos do SUS.</p> | <p>05.07 Há ausência de pacto de trabalhos conjuntos entre os diversos níveis de atenção á saúde decorre também da gestão dos serviços de média e alta complexidade pela esfera estadual de governo, sendo este um entendimento errôneo e local, sem nenhum embasamento nos preceitos do SUS.</p> | <p>Importância da reorganização da referência</p> |
| <p>10.0 ... a quase totalidade dos recursos que se destinam a média e alta complexidade se</p>  |   | <p>A maioria dos recursos que se destinam a média e alta complexidade vai para o</p>  | <p>05.08 A grande parte dos recursos destinados a média e alta complexidade vão para o</p>  | <p>Importância da reorganização da referência</p> |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <p>destinam aos serviços que estão sob gestão do Estado e não se destinam aos serviços que estão sob gestão do município, isso gera problemas não só do ponto de vista do fluxo dos pacientes na chamada atenção ambulatorial, do ponto de vista da atenção hospitalar também é grave, porque o município é o responsável pela rede de urgência e emergência, recebe o caso, não tem aonde internar, e também sob o ponto de vista de internações hospitalares isso não está sob gestão do município...</p> |  | <p>Estado e não para o município, o que gera conflitos na atenção ambulatorial e hospitalar, pois o município é responsável pelas rede de urgência e emergência. Com isso o paciente é atendido pela urgência e emergência (município), e não tem aonde internar este paciente caso ele necessite, pois a internação é da governabilidade do Estado.</p> | <p>Estado, visto que é ele quem gerencia esta complexidade, e não o município. Tal disposição gera dificuldades tanto na área ambulatorial quanto para a hospitalar pois, a rede de urgência e emergência é da governabilidade do município.</p> |  |
| <p>11.0 ...o município tem que fazer um grande investimento, e é o que o município esta fazendo, na revisão do modelo de saúde, não é só fazendo ajustes não, a gente tem que fazer uma transformação do modelo de atenção, sem o que vai ser difícil a gente resolver isso...</p>  |  | <p>O município esta fazendo um grande investimento na revisão/transformação do modelo de saúde, sem o que será difícil resolver os problemas.</p>  | <p>05.09 A fim de resolver estes problemas de gestão dos níveis de especialidades, o município de Bauru esta fazendo um grande investimento na transformação do modelo de saúde.</p>   | <p>Perspectivas de melhoria da rede de atenção a saúde</p> |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p>12.0 ...o município tem a intenção de criar ambulatório de especialidades, serviços de especialidades clínicas...</p> <p>13.0 ...mais importante que o papel assistencial seria o papel pedagógico mesmo, fazer reunião periódica, reunião clínica, ensinar a rede básica. Ah tudo bem o cara esta encaminhando errado, qual é o problema? É a falta de conhecimento, não conhece como é que aborda e tal, tem a possibilidade de fazer melhor, tudo bem, como é que a gente ajusta isso...</p> <p>14.0 ...esse serviço pedagógico nunca nenhum serviço de saúde fez aqui na cidade de Bauru...</p> <p>15.0 ...então são serviços fragmentados mesmo, é um conjunto de serviços de saúde,</p> | <p>Há a intenção de o município criar o ambulatório de especialidades.</p> <p>Além do papel assistencial, o matriciamento tem um papel pedagógico com a integração entre os diversos níveis de complexidade, discussão dos casos e básica a encaminhar.</p> <p>O serviço pedagógico nunca foi feito por serviços de saúde em Bauru.</p> <p>São serviços fragmentados, não formando uma rede e não tendo um fluxo de</p> | <p>05.10 Há a intenção de o município criar o ambulatório de especialidades.</p> <p>05.11 Além do papel assistencial, o matriciamento tem um papel pedagógico com a integração entre os diversos níveis de complexidade, discussão dos casos e ensinando a rede básica a encaminhar os pacientes para a complexidade.</p> <p>05.12 As questões relacionadas ao sistema de referência e contra-referência nunca foi abordado com o papel pedagógico pelos serviços gerenciados pelo Estado em Bauru.</p> <p>05.13 Os serviços de Saúde de Bauru trabalham de forma fragmentada, não formando</p> | <p>Perspectivas de melhoria da rede de atenção a saúde</p> <p>Perspectivas para matriciamento</p> <p>Perspectivas para matriciamento</p> <p>Desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários</p> |
|  | <p>Papel assistencial: refere-se no atendimento aos pacientes</p> <p>Papel pedagógico: refere-se um trabalho de ensinar a rede básica para que essa consiga resolver a maioria dos problemas de saúde.</p> <p>Fragmentar: Fazer-se em fragmentos, quebrar-se</p>  |   |   |



|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <p>cada um na sua, isso não forma uma rede, na medida em que não forma uma rede você não consegue ter um fluxo de informações nessa rede que propicie isso.</p>   | <p>(AURÉLIO, 1977).</p>  | <p>informações.</p>   | <p>assim uma rede. Desta forma as informações também são fragmentadas, não abrangendo os diversos níveis de complexidade onde o paciente é atendido.</p>  |  |
| <p>16.0 ... o grande pecado municipal é a gente não ter um sistema de informação que seja suficiente nem pra gente entender como é que isso funciona. A gente esta brigando por isso...</p>   | <p>Pecado municipal: refere-se a falha do município.<br/>A gente: refere-se a secretaria municipal de saúde.</p> | <p>O município tem uma parcela de culpa que é a de não ter um sistema de informação suficiente. O município esta tentando mudar este sistema de informação.</p>   | <p>05.14 Há expectativa de mudanças do sistema de informação atual do município, visto este ser um dos grandes responsáveis pela fragmentação das informações dos usuários.</p>   | <p>Perspectivas de melhoria da rede de atenção a saúde</p> |
| <p>17.0 ... do ponto de vista do paciente... eles perambulam, repicam, vão de um serviço pro outro, são encaminhados daqui pra la, um encaminha pro outro, um encaminha pro outro e eles ficam perambulando com os papéis na mão de um lado pro outro fazendo uma quantidade enorme de retrabalhos...</p> | <p>Perambular: Vaguear, vagar (Aurélio, 1977).<br/>Retrabalhos: duplo trabalho</p>                               | <p>A consequência do não funcionamento do sistema de referência e contra-referência para o paciente é de que eles são encaminhados de um serviço para o outro, e deste para outros, com os papéis nas mãos, fazendo uma quantidade enorme de retrabalhos.</p> | <p>05.15 A inexistente de uma sistema de referência e contra-referência provoca uma quantidade enorme de retrabalhos nos diversos níveis de complexidades, com esses pacientes que são lançados de um serviço para o outro.</p> | <p>Retrabalhos e custos para o sistema</p>                 |
| <p>18.0... E do ponto de vista desse conjunto de serviço que</p>  | <p>Enxugando gelo: Refere-se</p>   | <p>Este conjunto de serviços que não forma uma rede, não</p>  | <p>05.16 Diante da fragmentação da rede dos serviços de saúde</p>   | <p>Resolubilidade</p>                                      |

|  |  |  |   |                          |
|--|--|--|---|--------------------------|
| <p>não forma uma rede nós na verdade estamos “enxugando gelo”... vê o paciente que, muitas vezes, sem que a gente tenha a capacidade de resolver o problema dele.</p>  | <p>ao serviço prestado ao paciente sem resolutividade.</p> | <p>consegue dar a resolutividade do problema do paciente.</p>  | <p>do município de Bauru, não há a resolutividade do problema do paciente.</p>  |                          |
| <p>19.0 ... até muito recentemente a única unidade de especialidade que a gente tinha era o ambulatório do Hospital Estadual com uma disponibilidade de vagas que não existe outra palavra pra definir que não seja ridícula... nós precisaríamos em torno, mais ou menos de 8.000 consultas especializadas, só pegando na área assistencial médica...por mês...A oferta quando eu cheguei na secretaria no início de 2009...nós tínhamos algo em torno de 400 consultas... não é nem 10% da nossa necessidade, isso perdurou praticamente durante todo o ano de 2009...</p> |  | <p>Até recentemente a única unidade de especialidade em Bauru era o ambulatório de HE que disponibilizava uma quantidade de vagas ridícula, que não alcançava nem 10% da necessidade do município na área assistencial médica.</p> | <p>05.17 Até o final de 2009 a única unidade de especialidade em Bauru era o ambulatório do Hospital Estadual que não disponibilizava nem 10% da necessidade de consultas médicas especializadas.</p> | <p>Demanda Reprimida</p> |
| <p>20.0 ...o gargalo que se faz é</p>  |  | <p>Com essa deficiência de</p>   | <p>05.18 A demanda reprimida na</p>   | <p>Demanda reprimida</p> |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <p>na atenção básica, é aonde esta instalada uma das modalidades de funcionamento é o PSF... esse represetamento de necessidades esta na unidade, então a unidade sofre com isso porque ela fica la com aquelas fichinhas, aqueles encaminhamentos, não tem como mandar, não tem como fazer...</p> | <p>Gargalo: Refere-se a enorme quantidade de pacientes na atenção básica que estão aguardando encaminhamentos.</p>   | <p>especialidades, a atenção básica (UBS e ESF) sofre com uma quantidade enorme de encaminhamentos parado.</p>   | <p>atenção básica (UBS e ESF) é muito grande.</p>   |   |
| <p>21.0 *No final de 2009 foi inaugurado, por iniciativa do governo Federal, o ambulatório médico de especialidades, isso eu acho que vai dar uma boa ajuda pra desafogar, embora eles não vai atingir a totalidade do que a gente precisa de atendimento..</p>                                    | <p>* Esta entrevista foi realizada em Janeiro/2010</p>   | <p>No final de 2009 foi inaugurado por iniciativa do governo Federal o AME, o que vai dar uma desafogada nos encaminhamentos parados, embora não va atingir a totalidade necessária para o município de Bauru.</p> | <p>05.19 No final o ano de 2009 foi inaugurado o AME (ambulatório médico de especialidade) por iniciativa do Governo Federal. Embora não atinja a totalidade de consultas necessárias, será indispensável para a organização dos serviços especializados.</p> | <p>Operacionalização da referência no município</p> |
| <p>22.0 ... há uma curiosidade nisso... de 400 vagas por mês, e em várias especialidades era a mesma quantidade de vagas de pequenos municípios que nós temos aqui na região, municípios muitas vezes de menos de 10.000 habitantes...</p>   | <p>Avai: município com uma população de 4.615 habitantes, sem assistência hospitalar. Seus limites: ao norte Presidente Alves, ao sul Bauru, a leste, Reginópolis e ao oeste</p> | <p>As vagas de especialidades para Bauru até o final de 2009 além de não serem nem 10% da necessidade do município, o calculo para distribuição de vagas era o mesmo para municípios pequenos como por exemplo</p> | <p>05.20 Até o final de 2009 as vagas de especialidades eram basicamente no Hospital Estadual, que disponibilizava 400 consultas/Mês para uma necessidade de 8.000 consultas/mês. No entanto o calculo para distribuição de</p>                               | <p>Demanda Reprimida</p>                            |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <p>quem fez essa distribuição de vagas não levou em conta a população, que é uma coisa, é primária do ponto de vista de gestão em saúde... o número de vagas que Bauru tinha de cardiologia por mês era parecido com Avai, com outros municípios de perto que não tem assistência hospitalar... isso muda sensivelmente com a instalação do ambulatório médico de especialidade... ele vai fazer a distribuição dos atendimentos de acordo com a população, essa foi uma decisão do próprio CGR – Conselho de Gestão Regional.</p> | <p>Gália e Duartina.</p>   | <p>de 10.000 habitantes, não se levando em consideração a população. Fato este que muda sensivelmente com a instalação do AME que leva em consideração a população atendida, decisão do CGR (Conselho Gestor Regional).</p>  | <p>vagas para Bauru e região não levava em consideração a população atendida, o que gerava para o município de Bauru a mesma quantidade de vagas de um município de por exemplo 10.000 habitantes sem assistência hospitalar. Fato este que muda com a instalação do AME (ambulatório Médico de Especialidade) que leva em consideração a população, decisão do CGR (Conselho Gestor Regional).</p> |   |
| <p>23.0 O município tem alguns serviços de referência... até 2009 praticamente só o Hospital Estadual e um pouco no Hospital de Base... esta meio fragmentada em outro serviço, alguma outra especialidade no centrinho e tal, mas o grosso era no Hospital Estadual e agora basicamente no Hospital</p>   | <p>Hospital Estadual de Bauru: é um hospital do Estado inaugurado em 2004.<br/><br/>Hospital de Base: Hospital Geral administrado pela Associação Hospitalar de Bauru que contempla além deste hospital mais a</p> | <p>Os serviços de referência do Estado são o Hospital Estadual que abrange a maior parte das especialidades juntamente agora com o AME, o restante distribui-se entre o Hospital de Base da Associação Hospitalar de Bauru e o Centrinho. O município tem alguns serviços de referência.</p> | <p>05.21 Os serviços de referência são o Hospital Estadual e agora o AME que englobam a maioria das consultas especializadas. O restante distribui-se entre o Hospital de Base que é administrado pela Associação Hospitalar de Bauru, e o Hospital de anomalias crânio-faciais.</p>  | <p>Operacionalização da referência no município</p> |

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p>Estadual e AME.</p> <p>24.0 E pros serviços municipais, eles são muito localizados em determinadas questões... uma questão em que nós atuamos é na área de doenças infecciosas né, tem um centro de referência em DST/AIDS, isso é o miúdo do atendimento que foi montado a nível de país pra atender especificamente a questão da AIDS... Hoje esta se ampliando um pouco pra outras doenças infecciosas, mas ainda há limitações no atendimento...</p> <p>25.0 A outra área especializada que nós temos é na área de</p> | <p>Maternidade Santa Isabel.</p> <p>Centrinho: atual Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio-Faciais – HRAC/USP.</p> <p>AME: Ambulatório Médico de Especialidades, inaugurado no final de 2009.</p> <p>Centro de Referência em DST/AIDS: Serviço municipal que atende os paciente com DST/AIDS</p> | <p>Em relação aos serviços especializados municipais, Temos o Centro de Referência em DST/AIDS que é o mínimo que foi estruturado para atender as especificações conforme visto pelo país todo. Atualmente amplia-se bem lentamente para outras doenças infecciosas.</p> <p>Outra área especializada municipal é na saúde do</p> | <p>05.22 Dentre os serviços especializados municipais há o Centro de Referência em DST/AIDS que atualmente amplia-se lentamente para outras doenças infecciosas, que foi estruturado a fim de atender as especificações solicitadas em nível de país.</p> <p>05.23 A questão de saúde do trabalhador é uma área</p> | <p>Operacionalização da referência no município</p> <p>Operacionalização da referência no município</p> |
|---|---|--|---|---|

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <p>saúde do trabalhador, que tem essa idéia de fazer matriciamento, ensinar a rede a detectar problema, empoderar a rede no funcionamento desse sistema de atendimento, mas ainda precisa de uma série de desenvolvimento interno...</p> | <p>Matriciamento ou apoio matricial: objetiva assegurar retaguarda especializada as equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. (CAMPOS, DOMITTI, 2007).</p> <p>Rede: conjunto de serviços</p> | <p>trabalhador, que tem a idéia de matriciamento, mas ainda necessita de reformulações.</p>   | <p>especializada do município que tem a idéia de matriciamento, no entanto necessita de uma série de reformulações internas.</p>            |   |
| <p>26.0 Nós temos serviços que chama serviço de orientação e prevenção do câncer que atua um pouco na área oncológica... é um serviço pequeno pra uma demanda de oncologia de uma cidade do tamanho de Bauru...</p>                      | <p>Empoderar: da poder S OPC (Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer)</p>   | <p>Outra área especializada do município é o Serviço de orientação e prevenção do câncer, considerado um serviço pequeno de acordo com a demanda.</p> | <p>05.24 O serviço de orientação e prevenção do câncer é uma pequena área especializada municipal, que atende uma demanda muito grande.</p> | <p>Operacionalização da referência no município</p> |
| <p>27.0 E uma área que nós fazemos bastante é a área de saúde mental, nós temos vários serviços instalados e nós estamos vivendo agora uma transição de modelo...</p>  | <p>Nós: refere-se a secretaria municipal de saúde.</p>   | <p>A saúde mental é uma especialidade do município, que vive atualmente uma transição de modelo.</p>  | <p>05.25 A saúde mental é uma especialidade do município, que vive atualmente uma transição de modelo.</p>                                  | <p>Operacionalização da referência no município</p> |
| <p>28.0 ...Bauru era uma cidade que... construiu a assistência a</p>   | <p>Modalidades alternativas:</p>   | <p>A assistência a saúde mental era baseada em hospitais</p>  | <p>05.26 A transição de modelo na saúde mental refere-se a</p>  | <p>Políticas de Saúde</p>                           |

|   |  |   |   |                                    |
|---|--|---|---|------------------------------------|
| <p>saúde mental muito semelhante ao resto do país, baseado em hospitais psiquiátricos, e esses hospitais ao longo do tempo foram fechando e foram sendo substituídos por modalidades alternativas...</p>  | <p>Refere-se aos serviços substituídos ao hospital psiquiátrico, como as redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oficinas terapêuticas, residências terapêuticas.</p> | <p>psiquiátricos, como em todo o país, e foram gradativamente sendo substituídos por modalidades alternativas.</p>  | <p>substituição de hospitais psiquiátricos por modalidades alternativas, fato este que ocorreu e ocorre em Bauru como em todo o país.</p>   |                                    |
| <p>29.0 ...nós não conseguimos ser <u>eficazes</u> e <u>suficientes</u> nessas modalidades alternativas, nós estamos tentando fazer isso agora...</p>   | <p>Efícaz: Que produz o efeito desejado (AURÉLIO, 1977).<br/><br/>Suficiente: Que satisfaz; bastante. Capaz, hábil. O que basta (AURÉLIO, 1977).</p>   | <p>Atualmente tem-se a expectativa de ser eficaz e suficiente nas modalidades alternativas.</p>   | <p>05.27 Na atual gestão há a expectativa de ser eficaz e suficiente nas modalidades alternativas, no que se refere a saúde mental, a fim de trabalhar a saúde mental como deve ser trabalhada.</p>   | <p>Políticas de Saúde</p>          |
| <p>30.0 ... voltando pra esse sistema de referência e contra-referência, com relação as doenças infecciosas funciona bem, DST/AIDS... com relação também ao serviço de orientação e prevenção do câncer também, já na saúde mental ele não funciona porque na verdade a rede básica não faz nada na saúde mental, então ele acaba sendo</p> |  | <p>O sistema de referência e contra-referência funciona bem nos serviços de DST/AIDS e doenças infecciosas, orientação e prevenção câncer. No entanto na saúde mental há problemas pois a atenção básica não trabalha essas questões, somente os serviços especializados.</p> | <p>05.28 O sistema de referência e contra-referência acontece nos serviços de DST/AIDS e doenças infecciosas, orientação e prevenção do câncer. Já na saúde mental este serviço é fragmentado visto que a atenção básica não cumpre a sua parcela de responsabilidade por este paciente, somente encaminhando-o para as</p> | <p>Atenção básica insuficiente</p> |

|   |   |   |   |                                    |
|---|---|---|---|------------------------------------|
| <p>jogado diretamente e absorvido pelos serviços especializados.</p>  |   |   | <p>especialidades, e não trabalhando as questões de saúde mental de forma eficaz na rede básica.</p>  | <p>Atenção básica insuficiente</p> |
| <p>31.0 Esse é um desafio que é colocado pra gente, as ações mais simples... também na área de saúde mental, a gente começa a fazer isso nessa rede de atenção básica, mas pra isso nós precisamos ampliar a *rede de atenção básica.</p> | <p>* na data da entrevista a rede de atenção básica consta de 14 UBS e 2 unidades saúde da família, totalizando 7 equipes saúde da família.</p> | <p>Há a expectativa de ampliação da rede básica para assim conseguir suprir a necessidade de trabalho em saúde mental neste nível.</p>  | <p>05.29 A ampliação da rede básica no município de Bauru é um dos desafios propostos, para além da necessidade do município, desenvolver ações em saúde mental neste nível.</p>                      | <p>Atenção básica insuficiente</p> |
| <p>32.0 A rede de atenção básica do município de Bauru é muito insuficiente, nós temos hoje a mesma rede que foi construída no final da década de 80, então tem mais de 20 anos que essa rede existe e não teve grandes acréscimos...</p> |   | <p>A rede de atenção básica de Bauru atualmente é basicamente a mesma que foi construída na década de 80, sem grandes modificações.</p> | <p>05.30 A rede de atenção básica do município de Bauru é a mesma construída na década de 80, sem grandes modificações.</p>   | <p>Atenção básica insuficiente</p> |
| <p>33.0 ... toda a ampliação da atenção básica vai ser baseada na estratégia saúde da família, até o final deste governo nós pretendemos implantar mais 25 equipes que, *esse ano deverão acontecer a implantação de 14.</p>              | <p>* Entrevista realizada em 2010. Esse ano refere-se que as 14 ESF deverão ocorrer até o final de 2010.</p>                                    | <p>A ampliação da atenção básica ocorrerá com a implantação de 25 equipes saúde da família, destas 14 ainda este ano.</p>               | <p>05.31 A ampliação da atenção básica será por meio de implantação de 25 equipes de saúde da família no município de Bauru até 2012, sendo que 14 equipes serão implantadas até o final de 2010.</p> | <p>Atenção básica insuficiente</p> |



|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <p>34.0 ... nada funciona do ponto de vista de contra-referência...</p> <p>35.0 os pacientes não são devolvidos pra atenção básica por aquele problema que ele foi lá procurar. Quando eles são devolvidos, eles são devolvidos com uma orientação voltada para o próprio paciente, o próprio doente, essa orientação não é voltada num processo de interlocução para os profissionais que estão lá na atenção básica...</p> <p>36.0 ...o máximo que acontece do ponto de vista de contra-referência... é o paciente levar um recado para o profissional que esta na ponta, isso eu considero que um sistema deste tipo, não tem contra-referência...</p> | <p>Devolvidos: refere-se a contra-referencia.</p> | <p>A contra-referência não funciona.</p> <p>Os pacientes não são contra-referenciados para a atenção básica, e quando são devolvidos ocorre uma orientação voltada para o paciente e não em um processo de interlocução para os profissionais da atenção básica.</p> <p>O máximo que acontece é o paciente levar um recado para o profissional da atenção básica. Isso não é contra-referência.</p> | <p>05.32 Os pacientes encaminhados para a especialidade em sua maioria não são contra-referenciados, e quando é há uma orientação voltada exclusivamente para o paciente, e não um processo de interlocução entre os profissionais. O máximo que acontece é o paciente levar um recado da especialidade para a atenção básica.</p> | <p>Importância da contra-referência</p> <p>Importância da contra-referência</p> <p>Desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários</p> |
|---|---|---|--|--|

## DEPOIMENTO 6

### ***Discorra sobre sua percepção em relação ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência a partir da ESF no município de Bauru***

Quando eu comecei né, a trabalhar com as questões de Saúde eu já vim direto pra central de agendamento por conta da demanda que tinha de consultas, de exames especializados, o município estava sendo acompanhado pelo Ministério Público que exigia uma reestruturação dessa central de agendamento. E na elaboração desse projeto até vim a assistente social e o enfermeiro, eles previam a coordenação de um técnico na assistência social. Até se estranha porque de repente dentro de uma secretaria você tem uma central de agendamento coordenada pelo técnico assistente social, tem gente que fala: olha deveria ser enfermeiro, não menosprezando nenhuma categoria, mas o que ocorre dentro do trabalho nós conseguimos ter uma visão do todo, do atendimento integral do paciente, até por conta da especificação da nossa profissão. Então quando eu vim pra secretaria eu não sabia o que era SADT, porque eu tinha trabalhado com política de assistência, que até então também não era um sistema único de assistência, era uma política, mas não era um sistema único. Quando você vem pro SUS, eu penso que o SUS é maravilhoso, se ele realmente funcionasse do jeito que é pra funcionar. Eu sou uma defensora do SUS, eu acredito nele<sup>1</sup>, nos níveis de complexidade, no que o SUS oferece, porque dentro da minha prática o que eu observo, as pessoas têm um plano de saúde né, porque a saúde né, ela vai englobar né a atenção básica e os níveis, os diversos níveis né, média e alta complexidade.

O que ocorre, as vezes as pessoas tem um plano de saúde, mas só vai ter nele a atenção básica, quando ela precisa de média e alta complexidade ela volta pro SUS, ela cai no SUS, então o SUS acaba sendo mãe e pai de todos, independente da situação sócio-econômica<sup>2</sup> e tudo mais. E você trabalhar com uma política de defesa e garantia de direitos que esta prevista nele, o que acontece, não foi nós que fizemos a lei, a assistência é diferente porque é a quem dela necessitar, a saúde é um direito de todos<sup>3</sup>, então é diferente já o olhar da política.

Quando eu entrei aqui, eu não sabia o que era SADT, não sabia o que era atenção básica, o que era média e alta complexidade, isso foi se formando no decorrer do processo de trabalho né e do meu aprendizado, o que que eu penso desses sistema de referencia e contra-referencia, é lógico que o paciente é atendido, a porta de entrada é a atenção básica e ele pra ter um diagnóstico ele vai ter que ser referenciado na média, na alta e assim nos outros níveis<sup>4</sup>.

O que acontece. Com relação ao PSF eu penso que a população ainda não acredita<sup>5</sup> porque foi embutida né, um modelo que só trata bem quem é especializado, então a população tem um descrédito com relação a isso<sup>6</sup>, mas eu acredito que a resolutividade né, mais de 80% esta na atenção básica<sup>7</sup>, porque o que ocorre, ocorre o sistema de referencia e contra-referencia mais ainda nós trabalhamos somente a doença, nós não trabalhamos a prevenção, a promoção a recuperação, a proteção á saúde<sup>8</sup>, porque penso eu, porque apesar de o modelo, de o SUS estar aí há mais de 20 anos o que ocorre, dá mais dinheiro trabalhar a doença do que a saúde, lógico que isso tem fator político, tem gestores e tem tudo mais, então o que compensa mais?<sup>9</sup>

Porque de repente você fala la no bairro que esta trabalhando a prevenção, você não aparece, não vai dar ibope, não vai dar número, a população também não acredita nisso<sup>10</sup>.

Ele quer ficar doente e ter médico, ter especialista, quer cirurgia e tudo mais<sup>11</sup>, ele não quer cuidado e tudo mais, e o que que eu penso tanto do PSF ou mesmo da unidade de saúde que eu não tenho um conhecimento detalhado, profundo do PSF.

O paciente passa la na unidade e ele é referenciado pra um serviço especializado, nós não temos a contra-referencia de volta como deveria<sup>12</sup>. O que que acontece. A maioria das vezes o paciente volta pra unidade, porque ele vai ter que voltar pra la, porque é o único lugar assim que vai dar uma acolhida pra ele, ainda não a contento, mais que vai ser a referencia dele para aquele atendimento<sup>13</sup>, a contra-referencia, então ele volta sem uma contra-referencia formal e ele fala: ó o médico falou que eu estou com câncer, que eu preciso disso e disso<sup>14</sup>, mais fala.

Então eu penso que a partir do princípio que nós referenciamos o paciente ao serviço especializado deveria ser um nível de acompanhamento até chegar ao final, resolveu, não resolveu<sup>15</sup>, e saber tudo isso é muito corrido pra todo mundo, de repente esse paciente volta na unidade, ele vai ter que iniciar todo um processo de novo, as vezes por conta de uma interconsulta que esta relacionada com a patologia que ele foi encaminhado pra referencia e o nível dos municípios<sup>16</sup>, que nem agora, dentro eu sou vamos dizer, a central é uma intermediária, passa na unidade de saúde, necessita de uma referencia, nós vamos encaminhar dentro do nível médio da atenção, que é consulta e exames especializados<sup>17</sup>. Quando ele vai nessa consulta especializada, se isso gerar um procedimento que necessita da alta complexidade, nós não sabemos, se o paciente não voltar la na unidade depois e falar. Porque a partir que ele vai pra essa alta complexidade nós não sabemos se ele vai fazer cirurgia, se ele foi a óbito, o que que vai acontecer com esse paciente<sup>18</sup>.

Isso também denota-se um maior comprometimento, uma maior interação entre os níveis, eu penso que nós trabalhamos muito assim, olha eu vou resolver uma questão, o problema é dele, pronto e acabou, nós não vemos o paciente como um todo, porque nós também não íamos conseguir atender a todos, mas se a gente atendesse 10 com a qualidade, em saber que o nosso trabalho preventivo ele resolveu, tudo bem, mas nós não conseguimos<sup>19</sup>, então o que que eu penso, é difícil isso, quando chega na contra-referencia o que ocorre, muitas vezes o atendimento é referenciado também sem necessidade<sup>20</sup>.

Nós não temos uma atenção, uma unidade básica resolutiva como deveria ser, são vários fatores que contribuem pra isso né, porque eu atendi o paciente errado, porque o profissional, o paciente não acredita no trabalho da equipe<sup>21</sup>.

ENTREVISTADORA PEDIU PARA COMENTAR SOBRE AS FILAS, DEMANDA REPRIMIDA...

Com relação a demanda reprimida é isso que ocorre, o paciente passa na unidade e é referenciado na média complexidade. Não tem vaga pra todo mundo, a oferta de vaga é vai ser inferior a demanda<sup>22</sup>, o que que acontece com esse paciente, ou ele vai pra la ou tratou de outra forma porque o problema dele não era tão grave então foi feito um encaminhamento desnecessário, ou ele vai morrer e chegar a situações lamentáveis de saúde, até com falta de dignidade<sup>23</sup>.

Que nem: nós temos demanda hoje, nós não temos referencia pra nefro consulta e eletiva. Porque tem pessoas que afirma: a nefro já é uma alta complexidade, não ele vai ficar la nessa complexidade com hemodiálise, diálise, se ele não tiver acompanhamento não eletivo então quando ele chegar la e já esta com o rim comprometido<sup>24</sup> o que que acontece. É lógico que ele vai ficar na alta complexidade com questões de financiamento consomem muito mais dinheiro e gera mais lucro a todos eles<sup>25</sup>.

Então o que que é a demanda. A demanda sempre vai ser oferta, e enquanto não ocorrer a municipalização do serviço pro município comprar a especializada dele de acordo com que ele tem de demanda, de acordo com o que ele tem de necessidade, e ainda não engolir do Estado o que ele oferta da forma com que ele quer, no número que ele quer, sem ser essa realidade é difícil trabalhar, você trabalhar com sistema de referencia e contra-referencia<sup>26</sup>.

Nós temos casos aqui de pacientes, só vou dar um exemplo bobo que é dado alta. O AME tem o centro de diagnóstico e triagem. Então de repente você vai triar o paciente, então ele vai passar la. Ele passou na unidade de saúde o médico, dor abdominal, constatou através de um ultra som abdominal total que ele tem coleditiase, pedra na vesícula. Ele já esta com um diagnóstico. Qual é o procedimento de operação? É cirúrgico. Pra mim é cirúrgico, até então não conheço outro meio. O que que acontece. Ai ele vai ser encaminhado pra uma especialidade de cirurgia geral no AME pra fazer uma triagem do que nós já temos diagnóstico pra daí ir pro sistema de referencia em cirurgia que é o Hospital Estadual ou a Associação Hospitalar aqui em Bauru<sup>27</sup>.

Se não tiver esse serviço, vamos dizer que ele teria outra patologia, daí ele passa la no serviço do HE. Não tem la ele vai contra-referenciar esse paciente, ao invés de ele referenciar pra um nível maior ainda que não tem la, não tem no município, ele vai pra outra cidade, ele manda o paciente de volta pra unidade, ai a unidade vai ter que fazer o que, ela vai passar no clínico, ela vai ter que iniciar todo o processo<sup>28</sup>, porque senão o médico da unidade só vai ser um transcritor no serviço?

Então isso acontece muito. E a demanda ela é enorme porque ela é histórica<sup>29</sup> também. Porque ela vem disso, de que o paciente acredita somente no especialista, no que cuida de partes. Ele não aceita que o médico veja ele como um todo e trate ele como um todo. Então as demandas vão surgir mais<sup>30</sup>.

Os exames tem que ser cada vez mais específicos e preciso para que haja o diagnóstico, na visão principalmente do paciente<sup>31</sup>. Porque se o médico sente uma hérnia la na hora de palpar se ele não tiver exame o paciente não aceita, tem esse detalhe. Por isso que é difícil trabalhar isso.

DESEJA FALAR MAIS ALGUMA COISA A RESPEITO DESSE TEMA.

Eu penso que o sistema de referência e contra-referência ele vai dar o suporte ao sistema do SUS, os princípios, principalmente a integralidade porque ele vai fazer esse acompanhamento, o paciente vai ter essa acolhida, ele vai ser referenciado, contra-referenciado, então ele vai respeitar os princípios do SUS que é a integralidade. Porque os princípios estão ai, estão postos e eu penso que nós técnicos temos que defender<sup>32</sup> mesmo isso, que realmente aconteça, e eu acredito nisso e na referência, na referência bem feita, a contra-referencia melhor ainda, você vai ser resolvido, sabe, no atendimento do paciente. Que é complicado isso.

Você vê o paciente vem pra ca, vai pra la, volta sem nada, chega la ele fica desesperado, porque a partir do princípio que ele passa num serviço, os serviços entre si não conversam, se ele estivesse cada um, dentro de uma gestão única é mais fácil você trabalhar isso<sup>33</sup>.

Você falou com relação á demanda, nós temos programa de prevenção saúde da mulher, ai prevê o básico, o que, o exame de papanicolau que demora tantos meses, ai ela passa no gineco, o ultra-som transvaginal demora tantos meses. Isso acaba criando até uma angústia no paciente. Então é lógico que se a pessoa for chata vai agravar a saúde dela, porque na espera de não saber o que tem, o que deixa de ter, então o fluxo de espera do sistema teriam que ser respeitado mais, teriam que ter mais vagas pro atendimento integral do paciente, o princípio da integralidade do SUS<sup>34</sup>.

Após desligar o gravador, a entrevistada falou mais algumas coisas que achei importante.

- Que também há o problema de o paciente que foi encaminhado pela atenção básica para um outro nível de complexidade, as vezes conhecer ou ter algum grau de parentesco com algum profissional da secretaria de saúde ou unidade de saúde, e o mesmo agilizar este encaminhamento, muitas vezes passando na frente de quem precisa mais<sup>35</sup>.

- Falou também da importância de a chefia da unidade entrar em contato com a central de agendamento nos casos urgentes<sup>36</sup>, pois uma vez que a unidade de saúde organizou os encaminhamentos em forma de planilha e envia para a central de agendamento, ela sabe que é urgente, mas por exemplo entre os dois casos qual é o mais urgente? Isso ela na central de agendamento não consegue saber.

| UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO   | ELUCIDAÇÕES   | LINGUAGEM DO PESQUISADOR   | UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO   | TEMAS   |
|--|---|--|---|---|
| <p>1. ...o SUS é maravilhoso, se ele realmente funcionasse do jeito que é pra funcionar... sou uma defensora do SUS, eu acredito nele</p> <p>2. as vezes as pessoas tem um plano de saúde, mas só vai ter nele a atenção básica, quando ela precisa de média e alta complexidade ela volta pro SUS... independente da situação sócio-econômica...</p> <p>3. ... trabalhar com uma política de defesa e garantia de direitos que esta prevista nele... a assistência é diferente porque é a quem dela necessitar, a saúde é um direito de todos...</p> <p>4. ... sistema de referencia e contra-referencia... o paciente é atendido, a porta de entrada é a atenção básica e ele pra ter um diagnóstico ele vai ter que</p> | <p>SUS: Sistema Único de Saúde.</p> <p>Ela: refere-se ao paciente</p> <p>Nele: ao SUS</p> <p>Ele: refere-se ao paciente</p> | <p>O SUS é maravilhoso, se ele funcionasse como é para funcionar.</p> <p>Muitas pessoas que tem plano de saúde quando precisam de uma atenção de média e alta complexidade voltam para o SUS, independente da situação sócio-econômica.</p> <p>O SUS garante um política de defesa e garantia de direitos, sendo a assistência diferente pois é a quem dela necessitar. A saúde é um direito de todos.</p> <p>O paciente é atendido na atenção básica, e pra ter um diagnóstico será referenciado na média, alta complexidade.</p> | <p>06.01 A legislação do SUS é perfeita. No entanto na prática ela não funciona como deveria.</p> <p>06.02 Algumas pessoas que tem plano de saúde quando necessitam de uma assistência da média e alta complexidade vão para o SUS, independente da condição sócio-econômica. O SUS é um direito de todos</p> <p>06.03 O primeiro atendimento acontece na atenção básica que encaminha para os outros níveis de complexidade, pra ter um diagnóstico.</p> | <p>Política de Saúde</p> <p>Lógica/modelo dominante no sistema</p> <p>Política de Saúde</p> <p>A visão do Sistema de referência e contra-referência</p> |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <p>ser referenciado na média, na alta e assim nos outros níveis.</p>   |  |  |   |   |
| <p>5. ... Com relação ao PSF... a população ainda não acredita...</p>  | <p>PSF: Programa Saúde da Família.</p> | <p>A população não acredita no PSF.</p>  | <p>06.04 A população não acredita no PSF pois tem a cultura de que só trata bem quem é especialista.</p>  | <p>Cultura da população</p>               |
| <p>6. ... foi embutida ... um modelo que só trata bem quem é especializado... a população tem um descrédito com relação a isso...</p>  | <p>A isso: refere-se ao PSF</p>        | <p>Existe a cultura de que só trata bem quem é especialista, tendo um descrédito no PSF.</p>                                   | <p>06.05 A atenção básica consegue resolver aproximadamente 80% dos casos.</p>  | <p>Cultura da população</p>               |
| <p>7. ... a resolutividade ... mais de 80% esta na atenção básica...</p>   |  | <p>Mais de 80% da resolutividade esta na atenção básica.</p>   | <p>06.06 As ações de prevenção, promoção, recuperação e proteção á saúde estão diminuídas. Muitos profissionais trabalham somente a doença.</p> | <p>Resolubilidade</p>                     |
| <p>8. ... ocorre o sistema de referencia e contra-referencia mais ainda nós trabalhamos somente a doença, nós não trabalhamos a prevenção, a promoção a recuperação, a proteção á saúde...</p> |  | <p>Nós trabalhamos não trabalhamos a prevenção, promoção, recuperação, proteção á saúde. Nós trabalhamos somente a doença.</p> |   | <p>Lógica/modelo dominante no sistema</p> |
| <p>9. ... dá mais dinheiro trabalhar a doença do que a saúde, lógico que isso tem fator político, tem gestores e tem tudo mais, então o que</p>  |  | <p>Trabalhar a doença dá mais dinheiro do que trabalhar a prevenção.</p>   |   | <p>Lógica/modelo dominante no sistema</p> |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <p>compensa mais?</p> <p>10. ... de repente você fala la no bairro que esta trabalhando a prevençao, você não aparece, não vai dar ibope, não vai dar número, a população também não acredita nisso.</p> |  | <p>Se em um bairro alguém trabalha a prevenção, isso não aparece, não da ibope, não da números, e a população também não acredita nisso.</p>                                       | <p>06.07 Levando em conta o fator político e de gestão, dá mais dinheiro e aparece mais quando se trabalha com a doença.</p>         | <p>Lógica/modelo dominante no sistema</p>                           |
| <p>11. Ele quer ficar doente e ter médico, ter especialista, quer cirurgia e tudo mais...</p>  | <p>Ele: refere-se ao paciente</p>  | <p>Muitas pessoas quando ficam doentes querem ter especialista, cirurgia...</p> <p>Quando o paciente é referenciado para um serviço especializado, não há a contra-referência.</p> | <p>06.08 Muitas pessoas quando necessitam de um profissional da saúde, querem especialistas. E não acontece a contra-referência.</p> | <p>Cultura da população</p> <p>Importância da contra-referência</p> |
| <p>12. O paciente passa la na unidade e ele é referenciado pra um serviço especializado, nós não temos a contra-referencia de volta como deveria...</p>  | <p>Contra-referencia: Contra-referência: ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. ( BRASIL, 1987).</p> | <p>O paciente volta na unidade básica não porque foi contra-referenciado, mas sim pois la é sua única referencia de</p>  | <p>06.09 Após o paciente ter sido referenciado, ele muitas vezes volta na atenção básica não porque foi contra-referenciado,</p>     | <p>Resolubilidade</p>   |
| <p>13. ... A maioria das vezes o paciente volta pra unidade...porque é o único lugar assim que vai dar uma</p>   |  |  |  |   |



|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p>acolhida pra ele, ainda não a contento, mais que vai ser a referencia dele para aquele atendimento...</p> <p>14. ... ele volta sem uma contra-referencia formal e ele fala: ó o médico falou que eu estou com câncer, que eu preciso disso e disso...</p> <p>15. ... a partir do princípio que nós referenciamos o paciente ao serviço especializado deveria ser um nível de acompanhamento até chegar ao final, resolveu, não resolveu...</p> | <p>Unidade: refere-se a atenção básica</p>  | <p>contato e será acolhido, muitas vezes não da melhor maneira.</p> <p>O paciente volta sem a contra-referencia formal e fala pro médico da atenção básico o que o médico especialista disse.</p> <p>Quando o paciente é referenciado, deveria haver um acompanhamento da referência nesse paciente até o final.</p> | <p>mas porque la é o único local onde ele será acolhido, algumas vezes não a contento, mas é o único local.</p> <p>06.10 O paciente volta sem uma contra referencia formal, e da um recado para o médico da atenção básica sobre o que aconteceu na referência.</p>   | <p>Desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários</p> <p>Não garantia da integralidade</p> |
| <p>16. ... de repente esse paciente volta na unidade, ele vai ter que iniciar todo um processo de novo, as vezes por conta de uma interconsulta que esta relacionada com a patologia que ele foi encaminhado pra referencia e o nível dos municípios...</p>   | <p>Referencia: Referência: ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outra de maior complexidade. (BRASIL, 1987).</p> | <p>Se o paciente referenciado necessita de um exame, interconsulta relacionado com a patologia, ele deve iniciar todo o processo, ir na atenção básica para o médico solicitar tal procedimento, para ele ficar aguardando.</p>  | <p>06.11 As vezes o paciente é encaminhado para a referência, mas por conta de uma exame ou uma interconsulta relacionada a patologia que ele foi encaminhado, ele inicia todo o processo de novo, volta para a atenção básica para conseguir esse exame, interconsulta. A atenção especializada não encaminha esse paciente de la.</p> | <p>Não garantia da Integralidade</p>  |
| <p>17. ... a central é uma intermediária, passa na</p>  | <p>Nível médio da atenção: refere-se a média</p>  | <p>A central de agendamento é</p>  |   | <p>Organização do serviço</p>   |

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <p>unidade de saúde, necessita de uma referencia, nós vamos encaminhar dentro do nível médio da atenção, que é consulta e exames especializados.</p>   | <p>complexidade que é consultas especializadas e exames.<br/>Ele: refere-se ao paciente</p>  | <p>intermediária. O paciente passa na atenção básica, necessita de uma consulta especializada nível médio, o médico encaminha.</p>  |   |  |
| <p>18. Quando ele vai nessa consulta especializada, se isso gerar um procedimento que necessita da alta não complexidade, nós não sabemos, se o paciente não voltar la na unidade depois e falar. Porque a partir que ele vai pra essa alta complexidade nós não sabemos se ele vai fazer cirurgia, se ele foi a óbito, o que que vai acontecer com esse paciente.</p> | <p>Ele: refere-se ao paciente<br/>Isso: refere-se a consulta especializada.<br/>Unidade: Refere-se a unidade da atenção básica</p> | <p>Quando ele vai na consulta especializada, se isso gerar um procedimento que necessita da alta complexidade nós não sabemos o que foi feito com ele, se ele foi pra cirurgia, se foi a óbito. Nós só sabemos através do paciente.</p> | <p>06.12 A central de agendamento é um serviço intermediário, é quem agenda as consultas e exames solicitados pela atenção básica. O paciente após essa consulta especializada, se ele necessitar de uma alta complexidade como cirurgia ou até mesmo se ele for a óbito, a central de agendamento e a atenção básica não ficam sabendo a não ser que o próprio paciente e/ou família fale o que aconteceu com o paciente. Daí observa-se a importância da comunicação entre os níveis de complexidade.</p> | <p>Desafios da comunicação entre os níveis de atenção e usuários</p> |
| <p>19. ... nós não vemos o paciente como um todo, porque nós também não íamos conseguir atender a todos, mas</p>   | <p>Ver o paciente como um todo: integralidade:</p>   | <p>A saúde não vê o paciente como um todo, até mesmo porque se fosse assim não íamos conseguir atender a</p>  | <p>06.13 Ver o paciente com integralidade é uma atividade difícil nas unidades de saúde, devido a demanda.</p>  | <p>Não garantia da Integralidade</p>                                 |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>se a gente atendesse 10 com a qualidade, em saber que o nosso trabalho preventivo ele resolveu, tudo bem, mas nós não conseguimos...</p> <p>20. ... muitas vezes o atendimento é referenciado também sem necessidade.</p> <p>21. Nós não temos... uma unidade básica resolutive como deveria ser... porque eu atendi o paciente errado... o paciente não acredita no trabalho da equipe.</p> <p>22. Com relação a demanda reprimida... o paciente passa na unidade e é referenciado na média complexidade. Não tem vaga pra todo mundo, a oferta de vaga é vai ser inferior a demanda...</p> <p>23. ....ou ele vai pra la ou tratou de outra forma porque o problema dele não era tão grave então foi feito um encaminhamento</p> | <p>Resolutiva: que resolve</p> <p>Ele: refere-se ao paciente<br/>La: refere-se a especialidade</p> | <p>todos. Mas se conseguirmos atender 10 com qualidade, mas não conseguimos.</p> <p>Algumas vezes o paciente é referenciado sem necessidade.</p> <p>A unidade básica muitas vezes não é resolutive, seja porque o atendimento não foi adequada ou o paciente não acredita.</p> <p>Com relação as especialidades, não tem vaga pra todo mundo, gerando uma demanda reprimida</p> <p>Com relação a referência, ou ele consegue a vaga, ou trata de outra forma, visto que o problema dele não era tão grave assim e foi feito um</p> | <p>06.14 Algumas vezes o paciente é referenciado sem necessidade.</p> <p>06.15 A atenção básica algumas vezes não é resolutive. Seja pelo atendimento ou cultura da população.</p> <p>06.16 A oferta é inferior a demanda, o que gera uma demanda reprimida.</p> | <p>Importância da reorganização da referência</p> <p>Resolubidade</p> <p>Demanda reprimida</p> <p>Importância da reorganização da referência</p> |
|--|--|--|--|--|

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p>desnecessário, ou ele vai morrer e chegar a situações lamentáveis de saúde, até com falta de dignidade.</p>  |   | <p>encaminhamento desnecessário.</p>   | <p>06.17 Atualmente o município de Bauru tem demanda pra nefro, no entanto a referência é na alta complexidade. Então o paciente faz diálise e hemodiálise e não tem acompanhamento não eletivo, comprometendo o rim.</p>                                 | <p>Operacionalização da referência no município</p> |
| <p>24. ... nós temos demanda hoje, nós não temos referência pra nefro consulta e eletiva. Porque tem pessoas que afirma: a nefro já é uma alta complexidade, não ele vai ficar na nessa complexidade com hemodiálise, diálise, se ele não tiver acompanhamento não eletivo então quando ele chegar la e já esta com o rim comprometido...</p> | <p>Nefro: refere-se a especialidade de nefrologia</p> | <p>Hoje nós temos demanda mas não temos referencia pra nefro consulta e eletiva pois há pessoas que falam que nefro é alta complexidade. O paciente fica na diálise, hemodiálise e não tem um acompanhamento não eletivo, comprometendo o rim.</p> | <p>06.18 A alta complexidade consome mais dinheiro e gera mais lucro.</p>   | <p>Lógica/modelo dominante no sistema</p>           |
| <p>25....É lógico que ele vai ficar na alta complexidade com questões de financiamento consomem muito mais dinheiro e gera mais lucro a todos ele...</p>  |   | <p>A alta complexidade consome mais dinheiro e gera mais lucro.</p>  | <p>06.19 No município de Bauru é o Estado quem oferece a média e alta complexidade. Enquanto não ocorrer a municipalização da média e alta complexidade de acordo com a sua demanda, fica difícil trabalhar sistema de referência e contra-referência</p> | <p>Importância da reorganização da referência</p>   |
| <p>26. ... demanda sempre vai ser oferta, e enquanto não ocorrer</p>  |   | <p>Atualmente o Estado é quem oferta a média e alta complexidade. Enquanto o município não comprar a sua rede especializada de acordo com a sua demanda e sua necessidade fica difícil</p>   |   |   |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <p>a municipalização do serviço pro município comprar a especializada dele de acordo com que ele tem de demanda, de acordo com o que ele tem de necessidade, e ainda não engolir do Estado o que ele oferta da forma com que ele quer, no número que ele quer, sem ser essa realidade é difícil ...você trabalhar com sistema de referencia e contra-referencia.</p>  |  | <p>trabalhar com sistema de referencia e contra-referência.</p> <p>O AME tem o centro de diagnóstico e triagem. O paciente passa na unidade básica referindo dor abdominal, e o médico constatou através de US abdome total colelitíase, sendo o caso cirúrgico. Este paciente será encaminhado para o AME cirurgia geral, no entanto se faz uma triagem novamente para o que já foi diagnosticado, pra poder encaminhá-lo pra cirurgia.</p> | <p>06.20 Quando o médico da atenção básica faz um diagnóstico encaminhando para cirurgia, este paciente passará novamente pelo centro de diagnóstico e triagem no AME para diagnosticar o que já esta diagnosticado, para daí ele poder ser encaminhado para a cirurgia.</p> | <p>Retrabalhos e custos para o sistema</p> |
| <p>27. ... O AME tem o centro de diagnóstico e triagem.... Ele passou na unidade de saúde o médico, dor abdominal, constatou através de um ultrasonografia que ele tem colelitíase, pedra na vesícula. Ele já esta com um diagnóstico. Qual é o procedimento de operação? É cirúrgico... Ai ele vai ser encaminhado pra uma especialidade de cirurgia geral no AME pra fazer uma triagem do que nós já temos diagnóstico pra daí ir pro</p> |  |  |  |  |

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <p>sistema de referência em cirurgia que é o Hospital Estadual ou a Associação Hospitalar aqui em Bauru.</p> <p>28. ... vamos dizer que ele teria outra patologia, daí ele passa la no serviço do HE. Não tem la ele vai contra-referenciar esse paciente, ao invés de ele referenciar pra um nível maior ainda que não tem la, não tem no município, ele vai pra outra cidade, ele manda o paciente de volta pra unidade... ela vai passar no clínico, ela vai ter que iniciar todo o processo...</p> <p>29. ... a demanda ela é enorme porque ela é histórica...</p> <p>30. ...a demanda vem disso, de que o paciente acredita somente no especialista, no que cuida de partes. Ele não aceita que o médico veja ele como um todo e trate ele como um todo. Então as demandas vão surgir mais.</p> |  | <p>Caso o paciente é referenciado para um especialidade que não tem no centro de referência, não tem no município, ao invés de essa referência já encaminhar pra onde tem, o paciente é contra-referenciado pra unidade básica para o médico encaminhar novamente pra onde tem.</p> <p>A demanda reprimida é histórica.</p> <p>A demanda reprimida existe devido a população acreditar que só trata bem quem é especialista.</p> <p>Os exames devem ser cada vez mais específico para ter um diagnóstico, na percepção do paciente.</p> | <p>06.21 Quando o paciente é encaminhado para um centro de referência, e nesta não há determinada especialidade solicitada, ao invés de este já referenciá-lo para onde tem, o paciente é devolvido pra atenção básica pra iniciar todo o processo.</p> <p>06.22 A demanda reprimida é histórica e existe devido a população acreditar que só trata bem quem é especialista.</p> <p>06.23 Os exames devem ser cada vez mais específico para</p> | <p>Não garantia da integralidade</p> <p>Demanda Reprimida</p> <p>Cultura da população</p> |
|--|--|---|---|---|

|  |                              |   |  |   |
|--|------------------------------|---|--|---|
| <p>31. Os exames tem que ser cada vez mais específicos e preciso para que haja o diagnóstico, na visão principalmente do paciente...</p> <p>32. ... o sistema de referência e contra-referência ele vai dar o suporte ao sistema do SUS, os princípios, principalmente a integralidade porque ele vai fazer esse acompanhamento, o paciente vai ter essa acolhida, ele vai ser referenciado, contra-referenciado, então ele vai respeitar os princípios do SUS que é a integralidade... os princípios estão aí... nós técnicos temos que defender...</p> <p>33. ... o paciente vem pra cá, vai pra lá, volta sem nada, chega lá ele fica desesperado, porque a partir do princípio que ele passa num serviço, os serviços entre si não conversam... dentro de uma gestão única é mais fácil você trabalhar isso.</p> | <p>Exame de papanicolau:</p> | <p>O sistema de referencia e contra-referencia é um suporte ao SUS para que se haja a integralidade.</p> <p>O paciente é jogado de um lado pra outro sem saber o que esta acontecendo. Dentro de uma gestão única é mais fácil trabalhar isso.</p> <p>No programa de prevenção saúde da mulher o básico é a coleta de papanicolau que</p> | <p>ter um diagnóstico, na percepção do paciente.</p> <p>06.24 O sistema de referencia e contra-referencia é uma ferramenta no SUS, para que se cumpra os principios propostos por ele, dentre eles a a integralidade da assistência.</p> <p>06.25 O paciente vai de um lado para o outro, pois como a atenção básica é gerenciada pelo município, e a média e alta complexidade é do Estado há uma dificuldade de comunicação e integração entre os serviços, cada um falando uma língua e o paciente no meio disso tudo. Dentro de uma gestão única é mais fácil trabalhar.</p> | <p>Cultura da população</p> <p>A visão do Sistema de referência e contra-referência</p> <p>Importância da reorganização da referência</p> |
|--|------------------------------|---|--|---|

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <p>34. ... nós temos programa de prevenção saúde da mulher, aí prevê o básico... o exame de papanicolau que demora tantos meses, aí ela passa no gineco, o ultra-som transvaginal demora tantos meses. Isso acaba criando até uma angústia no paciente... na espera de não saber o que tem, o que deixa de ter, então o fluxo de espera do sistema teriam que ser respeitado mais, teriam que ter mais vagas pro atendimento integral do paciente, o princípio da integralidade do SUS.</p> <p>35 ... as vezes conhecer ou ter algum grau de parentesco com algum profissional da secretaria de saúde ou unidade de saúde, e o mesmo agilizar este encaminhamento, muitas vezes passando na frente de quem precisa mais.</p> | <p>Exame de citologia oncológica para prevenção do câncer de colo de útero</p> <p>Gineco: refere-se ao especialista ginecologista</p> | <p>demora tantos meses o resultado, o gineco solicita o US transvaginal que demora tanto tempo, isso espera gera uma angustia no paciente, que não sabe o que tem o que não tem. Teria que ter mais vagas pra atender a população para garantir a integralidade.</p> <p>Quando alguma paciente conhece ou tem algum grau de parentesco com algum profissional da secretaria de saúde, o seu encaminhando sai mais rápido.</p> <p>É importante a chefia da unidade ligar para a central de agendamento quando o</p> | <p>06.26 O programa de Saúde da mulher prevê a coleta do exame do papanicolau que demora tanto tempo pra chegar o resultado. O médico solicita um US transvaginal que demora tanto tempo. Essa demora gera uma angustia no paciente.</p> <p>06.27 As vezes acontece de o paciente conhecer alguém na secretaria de saúde que ajuda no agendamento mais rápido da consulta com o especialista.</p> | <p>Não garantia da integralidade</p> <p>Organização dos serviços</p> |
|--|---|--|---|--|



|   |  |                         |   |   |
|---|--|-------------------------|---|---|
| <p>36 Falou também da importância de a chefia da unidade entrar em contato com a central de agendamento nos casos urgentes...</p> |  | <p>caso for urgente</p> | <p>06.28 É importante a chefia da unidade entrar em contato com a central de agendamento para passar os casos urgentes, para que esses possam ser agendados com mais rapidez.</p> | <p>Priorização das vagas urgentes/emergências</p> |
|---|--|-------------------------|---|---|

