

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

Karen Aline Batista da Silva Menozzi

**O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO
CONTEXTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE**

Botucatu- SP
2013

KAREN ALINE BATISTA DA SILVA MENOZZI

**O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO
CONTEXTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE**

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós – Graduação,
Mestrado Profissional em
Enfermagem, da Faculdade de
Medicina de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem**

Orientadora: Prof^a Dra Carmem Maria Casquel Monti Juliani

Co-orientadora: Prof^a Dra Regina Stella Spagnuolo

Botucatu - SP

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA AQUISIÇÃO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Menozzi, Karen Aline Batista da Silva.

O sistema de referência e contra-referência no contexto da equipe multiprofissional de saúde / Karen Aline Batista da Silva Menozzi. – Botucatu : [s.n.], 2013

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

Orientador: Carmem Maria Casquel Monti Juliani

Coorientador: Regina Stella Spagnuolo

Capes: 40400000

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Pesquisa qualitativa. 3. Saúde – Administração. 4. Pessoal da área médica. 5. Fenomenologia – Pesquisa.

Palavras-chave: Acesso universal a serviços de saúde; Assistência integral à saúde; Sistema único de saúde; Enfermagem.

Dedicatória

*Agradeço a Deus pelo dom
da vida e por me guiar
diante de todas as
dificuldades, me fazendo
superar cada obstáculo;*

*Ao meu pai António (in
memorian) pelo orgulho
demonstrado pela minha
profissão;*

*A minha mãe Hermelinda pela
dedicação, bons exemplos e esforço
sem fim para que concluísse meus
estudos;*

*As minhas irmãs Patrícia, Valéria e Karina
pelo apoio sempre recebido e aos meus
cunhados Pedro, Wagner e Flávio;*

*Ao meu esposo Benedito, grande
incentivador de minhas conquistas e
que diante dos obstáculos é sempre
meu ombro amigo, meu porto seguro.
E meu filho Felipe, companheiro de
todas as horas e sempre compreensivo
nas minhas ausências. Amo muito
você.*

Agradecimientos

À professora Carmem Maria Casquel Monti Juliani, minha orientadora, pela paciência, carinho, dedicação e grande apoio.

À professora Regina Stella Spagnuolo, pelas contribuições.

À Enfermeira Andrea Zamberlan, grande incentivadora e responsável pelo início dessa trajetória;

Às Enfermeiras Fátima Andriní, Regina Lúcio, Simone Paixão, Líriane Garita, Nílza Brito, Diretoras da Gerência de Enfermagem, pelo apoio, companheirismo e pelos valiosos momentos de risos;

Às secretárias da Divisão de Enfermagem Flaviane, Mara, Cristina e Rosana, pelas palavras de apoio e união;

Aos docentes e funcionários da pós-graduação, pelos ensinamentos;

Às Bibliotecárias da Unesp pela revisão das referências e confecção da ficha catalográfica;

A todos os meus colegas de Mestrado pelas experiências vividas e compartilhadas;

Às minhas eternas amigas Cláudia, Juliana e Elaine que torcem e comemoram as minhas conquistas.

Resumo

O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO CONTEXTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

Este estudo objetivou desvelar os desafios a serem superados pela equipe multiprofissional de saúde no processo de referência e contra-referência, apreendendo a percepção acerca deste sistema. Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica. Observou-se a necessidade de trabalhar questões relativas ao sistema de referência e contra-referência onde foram evidenciadas dificuldades na sua efetivação, que podem estar diretamente relacionadas ao excesso de demanda, falta de tempo, ausência de comunicação, falta de serviço de média complexidade na região, entre outros. Conclui-se que a não realização da contra-referência alimenta falhas no sistema de saúde, prejudicando a integralidade no atendimento dos pacientes. A instrumentalização da equipe multiprofissional de saúde por meio de educação permanente e continuada é premente, haja vista a falta de associação de teoria e realidade.

Palavras chave: Sistema Único de Saúde; Acesso Universal a Serviços de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Enfermagem.

Abstract

THE REFERENCE SYSTEM AND COUNTER-REFERENCE IN THE CONTEXT OF HEALTH TEAM MULTIPROFESSIONAL

This study aimed to uncover the challenges to be overcome by the multidisciplinary health care team in the process of reference and counter-reference, learning about the perception of this system. A qualitative study with a phenomenological approach. There is a need to work on issues relating to the reference and counter-reference where difficulties were evident in its execution, which can be directly related to excess demand, lack of time, lack of communication, and lack of service on medium complexity region, among others. We conclude that the non-performance of the counter-reference feeds failures in the health system, damaging the integrity in patient care. The instrumentalization of the multidisciplinary health care team through continuing education and continuing is urgent, given the lack of association between theory and reality.

Keywords: Health System; Universal Access to Health Services; Integral Assistance to Health; Nurse.

Lista de abreviaturas e siglas

HCFMB-	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
SUS -	Sistema Único de Saúde
STE -	Seção Técnica de Enfermagem
UBS -	Unidade Básica de Saúde
DRS VI -	Departamento Regional de Saúde VI
MION -	Materno Infantil Ortopedia e Neurologia
RAS –	Redes de Atenção à Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
CGR -	Colegiados de Gestão Regional
MR –	Médicos Residentes
PNR -	Política Nacional de Regulação
AME -	Ambulatório Médico de Especialidades
ESF -	Estratégia de Saúde da Família

Lista de quadros

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	26
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	27
3.1 Tipo de pesquisa	27
3.2 Caracterização da região do estudo	28
3.3 Delimitação da região do inquérito	29
3.4 Referencial teórico metodológico	30
3.4.1 Analisando as descrições	34
4. CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS	36
4.1 Análise ideográfica	36
4.2 Análise nomotética	47
5. ANÁLISE COMPREENSIVA	66
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
7. REFERÊNCIAS	89
8. ANEXOS	Em CD
8.1 Anexo 1	Em CD
8.2 Anexo 2	Em CD
8.3 Anexo 3	Em CD
8.4 Anexo 4	Em CD
8.5 Anexo 5	Em CD

APRESENTAÇÃO

Em 2003 conclui a Graduação em Enfermagem, onde foi muito focado o sistema de referência e contra-referência em algumas disciplinas cursadas.

Ao fazer parte de uma equipe de trabalho como enfermeira assistencial, pude vivenciar a real dificuldade em estabelecer, principalmente, a contra-referência. Como todo recém formado, tive que adequar a teoria a nossa verdadeira realidade.

Diante da inquietação proporcionada pelo tema, quando era responsável pela Seção Técnica de Enfermagem (STE) Oftalmologia/Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, resolvi realizar a contra-referência de pacientes submetidos às cirurgias de retiradas de tumor de cabeça e pescoço.

Em consonância com toda equipe de enfermagem, médicos residentes, nutricionistas e serviço social, estabelecemos que para todos os pacientes que necessitassem de cuidados domiciliares seria realizada a contra-referência, mesmo permanecendo estes pacientes em contato direto com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB).

Na admissão desses pacientes na enfermaria, ao realizar o histórico e prescrição de enfermagem, orientava sobre o procedimento ao qual seriam submetidos, esclarecendo suas dúvidas. Conversava também com o familiar presente e permitia que o mesmo permanecesse junto ao paciente durante toda sua hospitalização, com o intuito de treiná-lo para o cuidado domiciliar.

Após a finalização da cirurgia e estabilização do quadro clínico, iniciávamos a preparação para alta, acionando serviço social e nutrição. Entregava ao familiar do paciente, impresso de contra-referência encaminhado

à enfermeira responsável pela Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência, onde esclarecia o diagnóstico médico e de enfermagem, a abordagem terapêutica e os cuidados que deveriam ser realizados diariamente no domicílio. Sendo assim, o familiar se antecipava e equipava a residência para atendimento do paciente.

Após um período, fui transferida para a STE Ambulatório Geral e minhas inquietações voltaram à tona. Para mim, pareceu uma nova oportunidade de poder contribuir para a construção dessa nova estratégia, pela proposta de atenção à população.

Percebi muita dificuldade na realização da contra-referência pela equipe multiprofissional. Deparei-me com médicos residentes atendendo os pacientes de triagem rapidamente, sem preencher a devolutiva para as UBS; com pacientes agendados em procedimentos cabíveis de serem realizados nas UBS e nutricionistas, psicólogas e fonoaudiólogas sem saber como encaminhar esses pacientes.

Encontrei muitas dificuldades em contra-referenciar os pacientes atendidos pela equipe de enfermagem, onde costumávamos ligar nas UBS, conversar com as enfermeiras e preencher o instrumento, confeccionado pela enfermagem, com todos os dados do paciente. Mesmo assim, recebíamos a negativa dos municípios em recebê-los.

Por tudo isso, e considerando as minhas inquietações, busco compreender: qual a percepção da equipe multiprofissional em um hospital de referência regional de saúde acerca da realização da contra-referência?

Responder a esta indagação será o propósito deste estudo e sua relevância poderá contribuir para que os profissionais da área de saúde

percebiam os serviços de saúde não como unidades fragmentadas e isoladas em rede básica e rede hospitalar, mas sim, como estratégias que estão fortemente inter-relacionadas, podendo elucidar suas dúvidas em relação ao sistema de referência e contra-referência com conseqüente melhora da continuidade no tratamento do paciente em uma unidade mais próxima de sua residência.

O presente estudo é justificado pela dificuldade de realização de contra-referência à UBS mais próxima da residência do paciente e, conseqüentemente da garantia da integralidade da atenção. Assim, toda melhoria que puder se efetivar para o melhor funcionamento da rede implica em melhor qualidade de atendimento à saúde da população.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira com intuito de oferecer, gratuitamente, atendimento primário, secundário e terciário para toda a população brasileira. É constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde, organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo, não sendo, portanto, uma estrutura que atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania^{1,2,3}.

A concepção do SUS baseia-se na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania⁴.

A Constituição Federal de 1988⁵ define que para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc, com um sistema organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

A regulamentação do SUS se deu por meio da Lei 8.080/90, onde as ações e serviços públicos de saúde são desenvolvidos de acordo com seus princípios, tais como:

UNIVERSALIDADE: o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; ou, ainda, atenção a todo e qualquer cidadão nos serviços públicos ou contratados;

INTEGRALIDADE: significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades: biológica, emocional e social;

EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie⁶.

As discussões realizadas na VIII Conferência de Saúde ofereceram à população brasileira a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania. Dessa forma, o SUS consolidou-se, ao longo de duas décadas, como a maior política de Estado do País, sendo promotor de inclusão e justiça social, fruto de uma permanente construção coletiva: o diálogo, a composição e a busca do acordo².

Com a perspectiva de superar as dificuldades, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, que deve ser revisado anualmente, tomando como base os princípios constitucionais do SUS. Pode ser definido como o instrumento criado para produzir mudanças significativas nas normativas do SUS e insere a regionalização como um dos eixos estruturantes do Pacto pela Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, visando assim

garantir a integralidade na atenção à saúde. Está organizado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão⁷.

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde deve iniciar pelas portas de entrada do SUS e se completar na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço².

Os serviços de atenção hospitalar e ambulatoriais especializados, de maior complexidade e densidade tecnológica, devem ser referenciados pela atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção especial de acesso aberto.

As articulações entre diversos serviços devem estar sincronizadas e voltadas ao alcance de um objetivo comum de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e vivenciadas pelo usuário de forma contínua. A coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário⁸.

A STE Ambulatório Geral e Ambulatório Materno Infantil Ortopedia e Neurologia (MION) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) atende todos os municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), atingindo uma população de aproximadamente 1,8 milhões de habitantes. Possui média diária de 1500 atendimentos ambulatoriais realizados por equipes multidisciplinares estratificadas em aproximadamente 390 sub-especialidades.

O HCFMB possui capacidade operacional de 499 leitos, sendo 55 de unidade de terapia intensiva.

Os pacientes chegam a STE Ambulatório Geral e Ambulatório MION por duas vias: encaminhados pelos próprios médicos residentes das especialidades no momento da alta do paciente das seções do HCFMB e pronto socorro ou por meio da triagem, que atende pacientes referenciados pelas UBS.

O HCFMB é um hospital universitário, de atendimento terciário, sendo referência para tratamento cardiovascular, oftalmológico, neurológico, entre outros.

O principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contra-referência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. O Ministério da Saúde define este sistema como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família⁹.

A referência acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha clientes a um serviço de maior complexidade, acompanhando-o e marcando seu atendimento. A contra-referência acontece quando a situação é resolvida e o cliente é encaminhado novamente ao serviço de procedência para continuar o seu acompanhamento¹⁰.

Há uma insatisfação do usuário em relação ao tempo exigido para o acesso aos serviços especializados oferecidos pelo SUS; fato este que pode ser explicado a partir de uma simples lógica de causalidade, como resultado do excesso de pessoas e de demandas, dificultando o atendimento e a efetividade do sistema de referência e contra-referência. Esses usuários também

percebem a efetivação somente da referência e não identificam o que venha a ser a contra-referência¹¹.

Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, maiores serão sua eficiência e eficácia e sua não efetivação pode ser considerada uma deficiência importante no contexto do SUS, já que compromete a qualidade e continuidade da assistência prestada¹¹.

A falta de avaliação do sistema de referência e contra-referência e de normas que o definam, faz com que este se organize conforme características pessoais de cada profissional que encaminha o usuário, bem como daquele atuante nos serviços secundários e terciários, responsáveis pela contra-referência¹².

O atendimento próximo à residência é considerado pelos usuários do SUS como facilitador do acesso ao serviço. E esta facilidade pode estar relacionada com o fato de que quanto mais próximo de sua moradia for disponibilizado o atendimento, menor é o deslocamento a ser realizado, menores são os gastos com transportes e menor é a demanda reprimida, pois se forem oferecidos serviços adequados em cada área programática, mais fácil será o acesso da população aos mesmos¹³.

Não há uma única estratégia para gerenciar o sistema de saúde devido às particularidades de cada território, como estrutura, recursos financeiros, organização social e conflitos. Geralmente, o caminho a seguir é aquele que melhor representa as aplicações dos recursos e as conduções das equipes para que haja compromisso de cada um em respeitar os princípios doutrinários do SUS, trabalhando com co-gestão e ampla participação da sociedade¹.

As discussões e problemas vinculados à coordenação dos cuidados em saúde, fragmentação da rede assistencial, ausência de comunicação entre prestadores não constituem temas novos nas discussões sobre a organização dos sistemas de saúde. No entanto, mudanças recentes em relação às demandas e necessidades da população com o crescimento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde em um contexto de pressão por otimização das relações de custo-eficiência, tornaram premente a busca de soluções⁸.

O uso da figura clássica de uma pirâmide, retratada por Cecílio¹⁰ para representar o modelo tecno – assistencial, propõe que em sua base estariam as unidades de saúde responsáveis por toda atenção primária da população, oferecendo atenção integral à saúde e servindo também de porta de entrada para os níveis de maior complexidade tecnológica. Na porção intermediária estariam localizados os serviços secundários, que compreendem os ambulatorios de especialidades, conjuntos de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de urgência e emergência e os hospitais gerais. O topo da pirâmide estaria ocupado pelos serviços hospitalares de nível terciário, ou seja, de maior complexidade.

A racionalização do atendimento seria possível se houvesse um fluxo ordenado de pacientes nos dois sentidos da pirâmide, o que tornaria o sistema de referência e contra-referência essencial para trabalhar as necessidades assistenciais nos espaços tecnológicos adequados¹⁰.

Entretanto, essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída pelas redes de atenção à saúde (RAS), em que, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, formando

redes policêntricas horizontais. A singularidade das RAS é que o seu centro de comunicação situa-se na atenção primária à saúde (APS)¹⁴.

O Ministério da Saúde¹⁵ define RAS como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”*.

As RAS não são simplesmente um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. A APS não é menos complexa que as unidades que oferecem atendimentos de média e alta complexidade, havendo diferença somente na densidade tecnológica das mesmas. Tal visão distorcida desta complexidade leva os políticos, os gestores, profissionais de saúde e população a uma sobrevalorização das práticas realizadas no nível secundário e terciário, provocando uma banalização da APS¹⁴.

Quanto aos recursos financeiros disponíveis para a saúde, as transferências federais voltadas para a equalização, ora das receitas disponíveis, ora das necessidades de gastos, ainda apresentam-se relevantes na composição dos recursos disponíveis para a saúde. Isto representa uma maior responsabilidade da esfera federal na definição das regras e diretrizes para aplicação destes recursos, demonstrando que o atual modelo de descentralização encontra-se em fase de conformação e acomodação¹⁶.

Novas regras e incentivos foram introduzidos no financiamento da saúde para que os governos ampliassem o percentual de recursos destinados à saúde, assumindo a oferta do atendimento básico e de programas específicos nos moldes definidos pelo governo federal¹⁷.

Pode - se considerar que as transferências de recursos e de responsabilidades, do governo federal para o municipal, não é acompanhado de investimentos mais substanciais na rede pública de serviços e seu direcionamento não está coerente com as propostas de organização regionalizada e hierarquizada¹⁶.

O patamar mínimo de gasto estabelecido pela vinculação de receitas e as condicionalidades impostas para os repasses do SUS resultaram no aumento da participação dos governos no financiamento e na oferta de atendimento básico em saúde, como também na redução das desigualdades horizontais quanto aos recursos aplicados em saúde pelos municípios¹⁷.

A supervalorização das atividades realizadas nos níveis secundário e terciário passa também pela questão de financiamento do sistema, uma vez que aos municípios tem sido transferidas cada vez mais responsabilidades, de forma a comprometer fatias orçamentárias cada vez mais significativas, sem que a distribuição dos recursos acompanhe essa lógica. Neste sentido, temos que os recursos da saúde concentram-se grandemente nos níveis secundários e terciários.

Para que a desejada organização das redes se efetive, é necessário que a lógica de financiamento acompanhe a lógica do discurso instituído na política de saúde e não se trata de privilegiar um nível de atenção em detrimento do outro, mas que cada um deles possa contar com os recursos necessários para que a rede de atenção real se aproxime da rede de atenção idealizada.

A APS deve integrar a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influenciam a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e

racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde¹⁸.

Pode-se visualizar as RAS como um conjunto de relacionamentos, uma malha, a qual possui relações relativamente estáveis e de natureza não hierárquica e independente. A constituição desta rede se faz mediante o compartilhamento de interesses e objetivos comuns definidos coletivamente¹⁹.

A horizontalidade e a interdependência também fazem parte do conceito de rede. A interdependência é colocada como novo paradigma na gestão pública sendo considerado meio de institucionalização das redes garantindo que objetivos comuns e compartilhados sejam alcançados, envolvendo multiplicidade de atores¹⁹.

É responsabilidade dos municípios executarem as ações de referência e contra-referência regional garantindo o exercício da ação cooperativa entre os gestores, sendo que, para isso, foram constituídos os Colegiados de Gestão Regional (CGR) com a participação de todos os municípios da região e da representação do estado. O CGR se configura como espaço permanente de pactuação, co-gestão e de decisão, mediante a identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva²⁰.

Juliani & Ciampone¹² afirmam que a discussão sobre integração entre os diferentes níveis de assistência é fundamental, visto que essa temática está intimamente ligada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência.

Um sistema de saúde orientado para o atendimento especializado pode ameaçar os objetivos da equidade, pois nenhuma sociedade possui recursos

ilimitados para fornecer serviços de saúde. Esse tipo de atenção é mais cara do que a atenção primária e menos acessível¹⁸.

A integralidade deveria nortear as práticas de todos os profissionais da saúde e a organização do processo de trabalho, buscando uma melhoria nas condições de vida da população. Essa ação intersetorial em saúde, no que tange aos níveis de complexidade, assegura a finalização do cuidado através dessa rede de serviços e por meio do sistema de referência e contra-referência²¹.

Para completar a importância da complexidade, não podemos deixar de citar Merhy²² que classifica a tecnologia em saúde como leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente. Neste momento de falas, escutas, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado. A leve-dura refere-se aos saberes profissionais, bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e os de demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. Tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações.

A procura por uma assistência que apresente resolubilidade faz com que as unidades de pronto atendimento dos hospitais sejam, de certa forma, o primeiro lugar de escolha dos usuários para conseguirem um atendimento mais complexo. Isso torna os atendimentos hospitalares maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde^{10, 23}.

Os perfis de morbidade da clientela atendida nos prontos socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de patologias mais simples, que deveriam ser resolvidas em unidades básicas de saúde¹⁰.

O não cumprimento do referenciamento realizado pela atenção básica implica sobre a qualidade da assistência prestada pelas unidades de pronto atendimento. A alta demanda de usuários dificulta o atendimento àqueles que realmente precisam da urgência e emergência e àqueles cujo atendimento ambulatorial acaba restrito apenas à queixa apresentada naquele momento, não compreendendo a integralidade da atenção²¹.

Pode-se perceber que ainda existem dificuldades em relação ao reconhecimento da rede básica como “porta de entrada” do SUS, mesmo tendo nos últimos anos, inúmeros esforços para sua ampliação com conseqüente acesso da população¹³.

As condições de acesso da população às ações dependem tanto de sua proximidade das unidades referenciadas quando do dimensionamento das vagas em relação ao número de habitantes e suas necessidades de saúde. A população tem o direito de ser informada sobre a disponibilidade de serviços, seus horários e as pré-condições requeridas para o acesso aos atendimentos especializados²⁴.

A regulação adequada de uma rede de ações e serviços de saúde necessita contar com o apoio de um sistema de informações voltado para a identificação dos pacientes²⁴.

Os serviços ambulatoriais ficam como peças soltas dentro do sistema, devido à falha na articulação com a rede de serviços básicos e com o hospital. A missão destas unidades nem sempre é trabalhada com clareza, pois deveria

funcionar tanto como suporte especializado para encaminhamentos da rede básica, quanto deveriam funcionar como ambulatório de egressos aos pacientes de alta hospitalar¹⁰.

Caberia ainda às equipes lotadas nos ambulatórios o papel de capacitação das equipes locais, buscando aumentar sua autonomia e capacidade de resolver problemas de atenção primária¹⁰.

Entretanto, o que se observa na prática é que após anos de implantação do SUS, o sistema ainda caminha de forma segmentada e desarticulada, sendo que na prática as guias de referência e contra-referência não são preenchidas pelos profissionais responsáveis. Esta atitude impossibilita um atendimento integral do paciente. Percebe-se que o usuário tem que buscar, por conta própria, os serviços e procedimentos que achar que convem, e onde for possível o atendimento de que necessita^{10, 25}.

As redes de atenção à saúde devem ser integradas por sistemas logísticos, com potentes tecnologias de informação. A ausência desse sistema é que faz com que a referência e contra-referência no SUS sejam um discurso reiterado, mas sem possibilidade de concretização⁶.

Os serviços ambulatoriais especializados mantêm certas clientela cativas, já que não os contra-referenciam, sendo que estes usuários poderiam muito bem ser acompanhados na rede básica. E para suprir tais deficiências é necessária a qualificação de todas as portas de entrada do sistema de referência e contra-referência¹⁰.

Diante das dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional de saúde em estabelecer um efetivo sistema de contra-referência à UBS mais próxima à residência do paciente, justificamos o presente estudo e toda

melhoria que puder se efetivar para o melhor funcionamento da rede implica em melhor qualidade de atendimento à saúde da população.

2. OBJETIVOS

2.1- Apreender a percepção da equipe multiprofissional de saúde que atua nos ambulatorios do HCFMB sobre o processo de referência e contra-referência.

2.2- Desvelar os desafios a serem superados pela equipe multiprofissional de saúde no processo de referência e, em especial, na realização da contra-referência.

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de pesquisa

Para o desenvolvimento deste estudo, optei em utilizar a metodologia qualitativa, onde a construção do conhecimento ocorre a partir das experiências vivenciadas pelos sujeitos.

Minayo²⁶ define que o método qualitativo é aplicado ao estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, que nada mais são do que produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam, conformando-se ao estudo de grupos focalizados, considerando a história social segundo a ótica do sujeito.

A fenomenologia tem como ideal compreender o homem de acordo com sua realidade, vivências e seu interior que necessariamente deve ser manifestado em algum momento de seu convívio social. Ainda, é capaz de desvelar os valores, as percepções e emoções dos atores pertencentes de um determinado grupo social²⁷.

Para Husserl²⁷, a pesquisa fenomenológica tem início quando o pesquisador vai à busca de resoluções por meio de experiências já vividas e que, o indivíduo sempre tem consciência de alguma ação que está sempre dirigida para algo, ou seja, direcionada. Considera ainda, que a consciência é o objeto de estudo da fenomenologia, sendo formada de aspectos subjetivos estando capaz de promover determinado ato e está a disposição dos sujeitos para ver algo e aspectos objetivos que são caracterizados por tudo aquilo que é possível de ser visto e que tem conteúdo, significado e ocupa um lugar.

Liberman²⁸ ressalta que embora possamos manter a noção husserliana vital de entendimento originário, a qual tenta preservar o local em que nosso primeiro *insight* em relação ao sentido, significado e verdade ocorre, precisamos abandonar suas armadilhas metafísicas e reconhecer que toda significação tem seus precedentes, e que muitos deles ocorrem nas interações sociais naturais das partes que vivem e agem juntas no espaço público. Somos guiados pelas muitas investigações de Husserl e, como ele, permanecemos opostos tanto ao extremo relativismo quanto ao pressuposto realista de que o mundo que concebemos existe independentemente dessas cognições, exatamente do modo como o concebemos. E permanecemos motivados pelo principal conselho de Husserl: nós precisamos ir *para as próprias coisas* e nos manter engajadas nas atividades mundanas que lá encontramos que podem ser mais complicadas, e mesmo mais caóticas, do que preferiríamos, e não há garantias de que seremos capazes de capturá-las adequadamente em nossas descrições etnometodológicas.

3.2 Caracterização da região do estudo

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

O estudo foi realizado no Ambulatório Geral e Ambulatório MION de um Hospital Universitário de referência do interior do estado de São Paulo, que tem papel fundamental no atendimento terciário, e muitas vezes secundário, de toda a região compreendida pelo DRS-VI.

O Ambulatório Geral atende grande parte das especialidades clínicas e cirúrgicas do hospital, subdivididas em, aproximadamente, 317 sub-especialidades, atendendo em média 126 mil pacientes/ano em quatro blocos, envolvendo a realização de consultas, procedimentos, terapias em grupo e pequenas cirurgias.

O Ambulatório MION atende as disciplinas de ginecologia, obstetrícia, pediatria, neurologia infantil e ortopedia, com aproximadamente 71 mil consulta/ano.

Os pacientes são atendidos com consultas agendadas por outros serviços (UBS) ou por ele próprio após atendimento no pronto socorro, ambulatórios ou alta das seções de internação.

3.3 Delimitação da região do inquérito

Para conduzir uma pesquisa fenomenológica é necessária a delimitação da região do inquérito, na qual será interrogado o fenômeno.

Dessa forma ressalta-se que a região do inquérito onde o fenômeno foi inquirido constituiu-se de depoimentos da equipe multiprofissional que atende no Ambulatório Geral e MION: enfermeiros, médicos residentes, nutricionistas, fonoaudiólogas e psicólogas.

Os médicos residentes (MR) foram selecionados segundo especialidades clínicas e cirúrgicas, sendo elas: urologia, saúde da mulher, pediatria, dermatologia e clínica médica.

Os critérios para a escolha das especialidades médicas incluíram áreas básicas de atendimento e de referência para saúde do homem, da mulher e da criança.

As clínicas cirúrgicas foram consideradas visto que, em geral, faz-se necessária a contra-referência para continuidade do seguimento após alta hospitalar.

A escolha dos MR deve-se ao fato destes profissionais serem responsáveis pela maior parte do atendimento dos ambulatórios.

Participaram do estudo: 02 enfermeiras, 02 nutricionistas, 02 psicólogas, 02 MR da dermatologia, 02 MR da clínica médica, 02 MR da ginecologia/obstetrícia, 01 MR da urologia, 01 MR da pediatria e 01 fonoaudióloga, totalizando 15 profissionais.

Atuantes no Ambulatório Geral e no Ambulatório MION, possuímos aproximadamente 360 médicos residentes (porém nas especialidades eleitas nos critérios de inclusão totalizam 177 médicos), 07 enfermeiros, 08 fonoaudiólogos, 07 psicólogos e 08 nutricionistas.

As participações foram encerradas devido critério de saturação teórica em relação aos objetivos propostos, ou seja, houve reincidência de informações, onde nenhuma informação nova seria acrescentada com a continuidade do processo de pesquisa.

Para Minayo²⁹, a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas definições.

3.4 Referencial teórico metodológico

A pesquisa fenomenológica compreende três momentos:

- a **descrição fenomenológica**, que tem como elemento básico da pesquisa a percepção, a consciência e o sujeito. Para este momento realizou-se a transcrição dos depoimentos dos sujeitos participantes do estudo;
- a **redução fenomenológica**, faz uma crítica reflexiva dos conteúdos da descrição. Neste momento foram desveladas as unidades significativas dos depoimentos transcritos;
- a **compreensão fenomenológica**, visa revelar a essência do fenômeno do significado atribuído por profissionais de saúde e médicos residentes em relação aos motivos para a não realização da contra-referência³⁰.

Para realização das entrevistas, foram respeitados os aspectos éticos, por meio da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (ANEXO 1). Para obtenção das descrições realizei contato com cada profissional onde foram verificados o interesse e a disponibilidade para a participação neste estudo, bem como a sugestão de horário e local apropriado. As entrevistas foram previamente agendadas. Nessa oportunidade, expliquei os objetivos do estudo e apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) a todos os profissionais participantes do estudo, que o assinaram após esclarecimento do seu teor.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi – estruturadas, áudio gravadas e transcritas na íntegra.

Para nortear as descrições e a obtenção dos discursos desses sujeitos, foram lançadas as seguintes questões norteadoras: “**Baseado em sua vivência, o que você entende por referência e contra-referência?**”; “**Estudos demonstram que a contra-referência praticamente inexistente.**

Como você percebe essa problemática? A que você atribui esse fenômeno?”; “Gostaria de falar mais alguma coisa sobre o tema?”.

Deixando-os falar livremente sobre o assunto, o papel da pesquisadora limitou-se a manter a entrevista voltada para a questão proposta, conduzindo um questionamento aberto e sem limite de tempo, realizando algumas intervenções relativas ao tema, diante da necessidade de algum esclarecimento (ANEXO 3).

Dessa forma foram coletados 15 depoimentos, a partir das questões proposta, cujas datas, profissões da equipe entrevistada, tempo na instituição e alguns dados da entrevista estão dispostos no Quadro 1.

Acreditamos que o tempo reduzido de cada entrevista deve-se ao fato das perguntas serem diretas e, note o leitor, que na segunda questão há uma afirmativa de que a contra-referência praticamente inexistente, para depois formular a pergunta. Essa assertiva, permitida por pesquisas anteriores da própria orientadora, aliada a resultados de outros autores, pode ter contribuído para a redução do tempo de entrevista, já que partiu de uma afirmativa.

Quadro 1: Profissionais entrevistados

DATA	DURAÇÃO	FUNÇÃO	TEMPO NA INSTITUIÇÃO
15/09/11	05 min	MR dermatologia	03 anos
03/10/11	04 min	MR urologia	09 anos
06/10/11	06 min	Enfermeira	09 anos
07/10/11	05 min	Fonoaudióloga	23 anos
11/10/11	06 min	MR clínica médica	8 meses
13/10/11	04 min	Enfermeira	6 anos
19/10/11	03 min	Nutricionista	25 anos
21/10/11	04 min	MR ginecologia/obstetrícia	10 meses
21/10/11	04 min	MR ginecologia/obstetrícia	1 ano e 9 meses
09/12/11	04 min	Nutricionista	5 anos
09/12/11	03 min	Psicóloga	5 anos
13/12/11	09 min	Psicóloga	8 anos
13/12/11	05 min	MR dermatologia	10 anos
14/12/11	04 min	MR clínica médica	9 anos
14/12/11	07 min	MR pediatria	10 anos

3.4.1 Analisando as descrições

Iniciei a análise dos dados desde as entrevistas, procurando identificar a essencialidade do fenômeno estudado.

As entrevistas foram transcritas imediatamente após sua realização, com o objetivo de manter a fidedignidade da essência dos depoimentos, como foram transmitidas pelos sujeitos desta pesquisa.

Os depoimentos, integralmente transcritos, constituíram a região de inquérito para desvelamento do fenômeno estudado e foram numerados de 1 a 15, mantendo o sigilo dos entrevistados.

Em seguida, realizei várias leituras das transcrições, procurando identificar nos depoimentos os aspectos predominantes sobre o sistema de referência e contra-referência, ou seja, as unidades de significados realizando uma busca da compreensão individual e inicial da linguagem e do sentido, sem realizar uma interpretação ou deixar transparecer qualquer idéia pré-concebida do conteúdo.

Após leituras sucessivas, os depoimentos foram grifados e os grifos enumerados, mediante o significado destas falas para a compreensão do fenômeno. Procurei identificar a expressão do significado contido nas descrições dos entrevistados, buscando evidenciar as essencialidades sobre a vivência da equipe multidisciplinar na realização da referência e contra-referência, ou seja, aspectos que se repetiram nas descrições, observações, comentários, características únicas, porém, extremamente importantes para apreensões mais abrangentes do fenômeno, sendo estas posteriormente

sintetizadas e transcritas para um quadro analítico identificando assim as convergências, divergências e idiossincrasias que emergiram dos depoimentos.

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.

4. CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Análise ideográfica

A análise ideográfica foi obtida por meio de depoimentos da equipe multidisciplinar, como descrevo a seguir:

Após realização de várias leituras dos depoimentos foram identificadas unidades de significado em cada um dos deles com o objetivo de selecionar as falas que correspondiam ao fenômeno em questão. Estas unidades de significado foram transportadas para um quadro analítico adaptado de Sadala³¹ composto por quatro colunas:

- Primeira coluna: compostas pelas falas originais dos sujeitos entrevistados, retiradas de seus depoimentos, após serem codificadas. Nesta coluna aparece a numeração das unidades, de maneira a facilitar a compreensão de seu processo de extração e sua localização no depoimento;
- Segunda coluna: corresponde às elucidações, onde procuro decodificar siglas, palavras ou significados presentes nas descrições, por meio de definição bibliográfica ou de minha compreensão sobre o que foi expresso;
- Terceira coluna: corresponde à linguagem do pesquisador, onde a linguagem do sujeito transforma-se na linguagem do pesquisador, para que este possa apreender a essência do fenômeno;
- Quarta coluna: é composta pelas unidades de significado, transformadas com enfoque no fenômeno, onde foram agrupadas algumas

compreensões da terceira coluna, ou seja, foi realizada uma nova redução, o que possibilitou a junção de temas em comum.

Como próxima etapa, procurei realizar uma síntese dos depoimentos, partindo-se da quarta coluna do quadro analítico – unidades de significado transformadas com enfoque no fenômeno. Em seguida apresento na íntegra, a síntese das análises ideográficas, sendo que os respectivos depoimentos na íntegra encontram-se no ANEXO 4.

Os quadros analíticos serão apresentados como ANEXO 5.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 1

A referência pode ser entendida como o encaminhamento do paciente para um nível de maior complexidade e a contra-referência é a devolução do paciente com o caso resolvido.

O entrevistado acredita que a contra-referência não é realizada na triagem devido demanda excessiva, preguiça e falta de costume. É considerada importante porque informa o serviço responsável pelo encaminhamento, o tratamento dispensado ao paciente para que seja possível o seu segmento.

Afirma que é difícil o paciente ter alta da especialidade para a qual foi encaminhado, entretanto, quando tem, nem todas as contra-referências são preenchidas.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 2

Referência é o encaminhamento do paciente para avaliação de um especialista e contra-referência é a devolutiva desse paciente à unidade que o encaminhou com as condutas definidas para acompanhamento em conjunto.

O excesso na demanda de atendimentos acarreta em não realização da contra-referência a todos os pacientes.

Entretanto, o paciente com comorbidades tem sua contra-referência preenchida e recebe orientação para realizar acompanhamento no posto de saúde.

São realizadas orientações aos médicos que realizam o encaminhamento com a finalidade de realização de exames nas unidades básicas.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 3

A referência é realizada pela saúde pública dos municípios, encaminhando os pacientes para atendimento na UNESP e a contra-referência é a devolução desse paciente para a unidade de origem.

A contra-referência não é realizada pela enfermagem devida não aceitação da rede pública em receber o paciente que foi encaminhado.

A continuidade do tratamento dispensado ao paciente não consegue ser efetuada em alguns municípios devido falta de materiais gerando muitas dificuldades.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 4

A referência é realizada quando o paciente vem do SUS para o hospital onde, primeiramente, eles passam pela triagem da otorrino e após são encaminhados para a fonoaudiologia.

Os pacientes atendidos pelas fonoaudiólogas tem a contra-referência realizada devido número insuficiente de vagas no serviço.

O fonoaudiólogo está presente nos postos de saúde melhorando o atendimento, o que não acontecia há alguns anos.

Pacientes submetidos ao teste da orelhinha são encaminhados diretamente à fonoaudióloga.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 5

O sistema público de saúde é hierarquizado onde os atendimentos devem ser realizados pelo setor primário, seguindo pelo secundário e finalizando no terciário, onde a contra-referência é realizada pelo especialista que informa as condutas tomadas.

A contra-referência inexistente porque, muitas vezes, o médico esquece de realizá-la.

O setor secundário e terciário fica sobrecarregado devido recursos insuficientes da UBS.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 6

A referência é o encaminhamento do paciente nos diversos níveis de atendimento e a contra-referência é o retorno à UBS após alta do ambulatório.

Esse sistema ainda é muito precário e os pacientes são referenciados por meio da informalidade.

Há um contato telefônico entre os profissionais, porém, as informações e os pacientes acabam se perdendo.

A realização do sistema de referência e contra-referência garante a qualidade, resolubilidade e integralidade do atendimento.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 7

Referência é o encaminhamento dos pacientes ao HCFMB e a contra-referência é o encaminhamento desses pacientes à cidade de origem.

A falta de profissional especialista é um dificultador para a realização da contra-referência. Entretanto, há uma supervisão do paciente e uma tentativa de contato onde é enviada carta de orientação.

Quando não há serviço de nutrição no município, o paciente permanece em tratamento no HCFMB até sua recuperação e alta.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 8

A referência é o encaminhamento do paciente para um serviço que complete seu atendimento e a contra-referência é a sua devolução descrevendo o tratamento realizado.

Apesar da ginecologia não realizar a contra-referência e manter o paciente mesmo para retirada de pontos, a obstetrícia encaminha as orientações ou informa se o tratamento ocorrerá no HCFMB.

As pacientes que foram referenciadas para a obstetrícia somente por vontade das mesmas, são contra-referenciadas pela obstetrícia.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 9

Referência é o encaminhamento do paciente e contra-referência é a sua devolução proporcionando conhecimento de todas as partes envolvidas.

O médico da UBS acaba não recebendo a resposta do atendimento do paciente porque a contra-referência não é preenchida.

A contra-referência é realizada somente em alguns casos, onde coloca-se a descrição do atendimento realizado.

O sistema de referência e contra-referência é mais válido para a UBS do que para o HCFMB.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 10

Referência é um serviço onde há disponibilidade de aceitação dos pacientes e a contra-referência é o fato do profissional de saúde reencaminhar os pacientes que tiveram seu tratamento iniciado no HCFMB.

A contra-referência é realizada com os pacientes com obesidade mórbida, porém, não aceitam o retorno à UBS devido estrutura de atendimento do HCFMB, prejudicando a continuidade de seu tratamento.

Há uma incapacidade do profissional em atender um número elevado de pacientes estando diretamente relacionada à precariedade estrutural e número de profissionais reduzidos na UBS.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 11

Referência é o encaminhamento do paciente através dos diversos níveis de atenção e contra-referência é a devolução do paciente para a UBS de origem.

A contra-referência inexiste devido ausência de comunicação entre os profissionais, tornando difícil a devolução do paciente. Os próprios mecanismos dentro da Instituição não facilitam. Os profissionais do HCFMB recebem um encaminhamento e respondem somente por escrito.

As reuniões entre profissionais do HCFMB e da saúde mental do município de Botucatu tem por finalidade discutir os casos e, após, realizar a contra-referência por escrito.

A dedicação destes profissionais visa diminuir os encaminhamentos desnecessários ao nível de maior complexidade.

Os pacientes eram encaminhados à UBS para realização de psicoterapia, porém nem todos eram atendidos.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 12

O profissional entrevistado apresenta conhecimento sobre a definição e finalidades do sistema de referência e contra-referência.

Acredita ser difícil o paciente entender que a UBS pode oferecer atendimento integral e de qualidade, devido às deficiências em sua infraestrutura. E, diante desta negativa, os pacientes optam por procurar a unidade de Pronto Socorro do HCFMB, sem necessidade.

Outro motivo para os pacientes não aceitarem tratamento médico na UBS é o atendimento por médicos diferentes, pois acreditam que no HCFMB é sempre o mesmo docente e que este entende seu caso.

A complexidade assistencial do HCFMB faz os pacientes acreditarem que a UBS não é capaz de atender suas patologias.

A não realização da contra-referência também se esbarra nas queixas dos pacientes em relação ao atendimento oferecido na UBS, mesmo sem saber se essas queixas são reais. Mesmo assim, o que faz os profissionais encaminharem esses pacientes a UBS é a falta de vagas no HCFMB.

A realização da contra-referência também é dificultada pela insegurança do profissional em relação à UBS.

Conclui que, a não aceitação da realização da contra-referência pelos pacientes, a falta de infra-estrutura e o pouco comprometimento dos municípios, sobrecarregam o HCFMB tornando reduzido o número de vagas.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 13

Referência é o encaminhamento do paciente pelo médico ou profissional de saúde para avaliação e contra-referência é a devolução desse paciente com a avaliação descrita.

A contra-referência inexistente devido falta de tempo e cobrança para que seja realizada.

O HCFMB é um hospital de referência em muitos serviços possuindo grande demanda de pacientes.

A contra-referência deveria ser realizada na triagem e os profissionais do HCFMB não a realizam, fazendo com que o médico que referenciou pergunte ao paciente o tratamento realizado, que muitas vezes, não sabe responder.

Se houvesse a contra-referência diminuiria o número de pacientes encaminhados sem necessidade.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 14

Referência é quando há o encaminhamento do paciente para avaliação de especialistas do HCFMB. Contra-referência é a devolução deste paciente com a descrição da conduta tomada e acontece com maior frequência na triagem.

A não realização da contra-referência pode ser resultado do esquecimento dos profissionais do HCFMB ou falta de orientação/ensino.

Os profissionais do HCFMB não realizam a contra-referência da forma correta devido falta de tempo.

O anexo 1 é muito ruim, com espaço insuficiente para anotações e as informações dos pacientes não estão muito adequadas.

O profissional desconhece a entrega da contra-referência ao médico da UBS, acreditando que há um esquecimento ou perda do documento, pois os pacientes saem com a conduta tomada.

A contra-referência é mais realizada na triagem porque há docente que cobra e exige sua realização.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 15

A referência é quando um serviço de saúde solicita a outro serviço uma avaliação especializada. A contra-referência é quando a solicitação de avaliação é devolvida com todas as informações a respeito do paciente avaliado.

Os profissionais de saúde não realizam a contra-referência e desconhecem a sua importância para a continuidade do tratamento do paciente.

O preenchimento da contra-referência muitas vezes não é realizado devido sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, que se atentam para a checagem de exames e avaliação dos pacientes.

A imposição na realização de algumas tarefas talvez seja necessária para que a mesma seja cumprida. Por outro lado, os pacientes deveriam ser orientados na UBS sobre a cobrança a ser realizada ao médico especialista.

Em alguns locais a contra-referência é muito cobrada, por isso é realizada, ao mesmo tempo em que os locais onde não é realizada não há a cobrança desta atitude.

4.2 Análise nomotética

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, divergências e idiossincrasias que emergiram nas sínteses das análises ideográficas, para então, contribuir para a análise do geral, considerando-se os pontos comuns evidenciadas nos discursos, chegando às temáticas.

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

CATEGORIA 1: CONHECIMENTO ACERCA DA DEFINIÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

01 TEMÁTICA

01 – Definição de referência e contra-referência

CATEGORIA 2: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A NÃO REALIZAÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA

10 TEMÁTICAS

- 01 - Demanda excessiva de pacientes/falta de tempo.
- 02 – Dificuldade de aceitação da contra-referência pelos municípios.
- 03 – Recusa do paciente.
- 04 – Ausência de preenchimento da contra-referência.
- 05 – Ausência de infra-estrutura nas UBS.
- 06 – Falta de insumos materiais nas UBS.
- 07 – Falta de comunicação.
- 08 – Ausência de profissional na UBS.
- 09 – Falta de cobrança do superior imediato.
- 10 – Informalidade no encaminhamento

CATEGORIA 3: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A REALIZAÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA

3 TEMÁTICAS

- 01 – Número insuficiente de vagas no serviço terciário.
- 02 – Pacientes com comorbidades.

03 – Cobrança do superior imediato

CATEGORIA 4: IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA

03 TEMÁTICAS

01 – Diminuição do número de pacientes sem necessidade de atendimento terciário.

02 – Seguimento do paciente.

03 – Orientação a pacientes/Orientação à equipe médica

Após a apresentação das categorias e seus temas, iniciei a interpretação dos achados considerando-se a perspectiva da compreensão fenomenológica.

Faço uma breve elucidação da categoria proposta, e em seguida, faço a apresentação das temáticas e suas respectivas falas/depoimentos originais, e na sequência procuro expor a minha compreensão acerca de cada tema proposto e apresentado, e quando oportuno, exponho um embasamento teórico à temática em questão, comparando os achados com a literatura.

CATEGORIA 1: CONHECIMENTO ACERCA DA DEFINIÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Nesta categoria podemos observar o conhecimento da equipe multiprofissional de saúde acerca da definição do sistema de referência e contra-referência.

TEMA 01 – DEFINIÇÃO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Dentro deste tema, podemos observar alguns profissionais com conhecimento fragmentado acerca do sistema de referência e contra-referência e outros com conhecimento mais elaborado e pontual.

O conhecimento da definição desse sistema é de extrema importância para sua realização e notamos que a teoria e a realidade são divergentes, onde, conhecer a definição de referência e contra-referência não garante a efetivação de sua realização.

03.01 (...) a saúde pública ela manda pros centros de especialidades (...). A referência (...) vem encaminhamento pra Unesp (...). E a contra-referência a gente reencaminha ele pro setor de serviço (...). Vem com anexo, tem impresso próprio. (...) o próprio médico ou enfermeira, manda como referência. A contra-referência a gente pode mandar o paciente como retorno do atendimento que a gente teve. (...) pra funcionar um serviço (...) rede pública ele atende esses pacientes manda para o setor de alta complexidade (...) faz todo o tratamento e a gente devolve esse paciente, seria assim.

04.01 (...) referência é os pacientes que vem do SUS (...) pro hospital (...) eles não vem direto pra mim, eles vem pra (...) triagem da otorrino e a otorrino encaminha pra cá.

09.01. (...) referência é quando encaminham um paciente pra gente e contra-referência é quando a gente devolve esse paciente. (...) É uma forma de encaminhamento que serve pros dois médicos saberem do quadro do paciente.

09.04. (...) eu acho que é um sistema muito válido (...) mais pro médico que está na unidade básica (...) do que pra gente.

12.01 Referência é o local onde a pessoa, enquanto paciente, entende que é o lugar onde ela possa buscar ajuda para os problemas de saúde dela. É onde ela vai encontrar profissionais que tenham conhecimento, que vão poder ajudá-la dentro do que ela precisa. Contra-referência (...) tentar fazer (...) com o paciente pra ele procurar uma unidade mais próxima da onde ele mora, que tenha o serviço que possa atendê-lo diante do que ele precisa. (...) fazer o paciente voltar pro lugar mais próximo da onde ele mora.

CATEGORIA 2: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A NÃO REALIZAÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA

Nesta categoria, os motivos da não realização da contra-referência podem ser observados e compreendidos como fatores determinantes para justificar a redução no número de vagas nos ambulatórios do HCFMB e excesso de demanda, onde podemos verificar esquecimento de sua realização, prejudicando diretamente o sistema terciário da região.

Devemos esclarecer que na região atendida pelo HCFMB não possui atendimento secundário na forma de Ambulatório Médico de Especialidades (AME) ou estrutura hospitalar de média complexidade mantida pelo SUS.

A viabilização da construção do AME e da inauguração do hospital secundário no município de Botucatu já está sendo providenciada pelo HCFMB. A estrutura hospitalar contará com 80 leitos e terá capacidade de realizar cirurgias simples e partos, suprimindo assim, a carência regional em atendimento de média complexidade.

Espera-se, entretanto, que esses dois grandes passos para um atendimento de média complexidade na região possam desafogar a demanda de atendimento no HCFMB ampliando as vagas para atendimento terciário.

TEMA 01 - DEMANDA EXCESSIVA DE PACIENTES/FALTA DE TEMPO

Devido o HCFMB ser um hospital terciário que atende 68 municípios do DRS – VI com uma população atendida estimada em 1,5 milhões, a demanda excessiva, o tempo de atendimento e a necessidade de anotação no verso da ficha de encaminhamento também acarretam a não-realização da contra-referência.

Podemos associar a falta de tempo para o preenchimento da contra-referência à demanda excessiva, conforme visualizamos nas falas abaixo.

01.02. (...) a demanda do serviço (...) a triagem é muito grande pra você fazer a contra-referência. Você tem que escrever uma carta na verdade, tudo atrás da ficha que foi a referência, pra mandar para o serviço que enviou e muitas não dá tempo de escrever, tem muito paciente. Outra coisa (...) é preguiça também (...) a gente acostumou com aquele jeito e não muda.

02.02 (...) excesso de demanda do serviço (...). Se a gente fosse fazer uma triagem e o médico (...) atende um paciente a cada 20 minutos (...) depois você vai fazer um atendimento, fazer uma carta. (...) você pega um hospital terciário põe 60 pacientes para você atender em 4 horas (...) ou você responde pro médico ou você atende os 60 pacientes, aí não dá pra fazer carta pra todo mundo.

13.02. Ela praticamente inexistente pelo menos aqui no nosso serviço, porque a gente não tem tempo de fazer a contra-referência. Não é uma coisa muito cobrada.

13. 03. E o hospital por ser um hospital de referência em muitos serviços, a demanda fica muito grande.

14.03. (...) E acho que a gente não faz do jeito que tem que ser feito porque não dá tempo.

15.04. Quando tá muito corrido eu não consigo fazer (...) a gente tenta quando vem com aquela carta de encaminhamento certinha tudo e aí a gente faz. (...) às vezes (...) passa de um plantonista para o outro (...) orienta o plantonista que precisa checar o exame dele e esquece de falar pra fazer a contra-referência.

TEMA 02 – DIFICULDADE DE ACEITAÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA PELOS MUNICÍPIOS.

A dificuldade de aceitação do paciente contra-referenciado pelo município de origem acarreta em aumento da demanda de pacientes e ineficácia de todo o sistema. O HCFMB acaba por absorver pacientes que poderiam realizar seu acompanhamento no serviço primário ou secundário, reduzindo o número de novas vagas.

Essa não aceitação pelos municípios pode, também, ser explicada pela falta de recursos financeiros para a aquisição de insumos materiais.

03.02. (...) não tem essa contra-referência (...) não pode mandar esse paciente de volta (...). No atendimento de enfermagem eu não consigo fazer a contra-referência. Eu recebo os pacientes, mas na hora de devolver, a rede pública não aceita.

12.06. Difícil fazer a contra-referência porque a gente não tem mesmo segurança pra encaminhar o paciente e muitas vezes não tem pra onde (...) as

prefeituras, apesar de todas as mudanças de política de saúde (...) todo dia você vê ônibus (...) despejando paciente. (...) Eu gostaria muito de conseguir fazer isso.

TEMA 03 – RECUSA DO PACIENTE

A recusa dos pacientes e a falta de confiança em realizar acompanhamento na UBS na mais próxima de sua residência fazem com que parte da demanda tenha que ser absorvida pelo serviço de pronto socorro quando o mesmo apresenta alguma anormalidade.

Por serem atendidos em um hospital terciário com parque tecnológico disponível e diversas especialidades, os pacientes acreditam que as UBS não conseguirão resolver ou manter seu tratamento e que no HCFMB serão atendidos sempre pelos médicos que os acompanham. As falas a seguir expõem essa realidade.

10. 05. (...) acho que é mais a cultura mesmo (...) esse retorno do paciente para a unidade básica, acaba prejudicando o tratamento (...) pelo paciente não aceitar isso.

12.02. (...) difícil o paciente apostar que ele vai ter um atendimento bom, de qualidade na cidade dele.(...) muitas cidades não tem nenhuma infra-estrutura ou mesmo na nossa cidade. Eu acho que é muito falho. (...) muitos deles se tratam aqui em Rubião, em outros ambulatorios e são encaminhados para a terapia (...) eles não conseguem procurar um posto de saúde. (...) Eles acham que tem que ir no pronto socorro e que tem que ser o médico dele.

12.04. Aqui eles vem e tem uma crença de que o atendimento aqui é melhor (...)em alguns aspectos pode ser que sim, mas eu acho que em alguns momentos é muito do imaginário do paciente.

TEMA 04 – AUSÊNCIA DE PREENCHIMENTO DA CONTRA-REFERÊNCIA

Um dos entrevistados acredita que a contra-referência deva ser preenchida somente quando fornece a alta do paciente e mesmo assim, geralmente, não preenche. Essa afirmação demonstra conhecimento parcial do sistema de referência e contra-referência.

A falta de preenchimento da contra-referência ao médico que referenciou o paciente pode prejudicar a continuidade de seu tratamento na UBS.

01.04. (...) mais pacientes entram do que sai aqui (...) é difícil a gente ter paciente com alta. Quando tem alta (...) são menos vezes que a gente faz cartinha encaminhando o papel de contra-referência preenchido, geralmente não dá.

09.02. (...) a contra-referência (...) normalmente a gente não preenche mesmo (...). A gente não dá a resposta pro médico da unidade básica.

TEMA 05 – AUSÊNCIA DE INFRA-ESTRUTURA NA UBS

Problemas com a infra-estrutura, entendidos como falta de espaço ou tecnologias, acarretam a não realização da contra-referência. As dificuldades tornam-se presentes e os profissionais acabam esbarrando também na não aceitação desse encaminhamento pelo paciente.

A infra-estrutura do HCFMB promove, aos olhos do paciente, um ambiente adequado de tratamento, tornando a UBS somente um meio de encaminhamento ao serviço terciário.

05.03. (...) quando (...) o setor especializado assume o paciente que poderia ser acompanhado no setor primário (...) envolve outras coisas. (...) o médico especialista tem como proporcionar ao paciente num hospital especializado (...) que o médico da unidade básica não tem como acessar e acaba sobrecarregando o serviço secundário e terciário.

10.03. E muitas vezes esse paciente não aceita (...) esse retorno para a UBS até porque se ele entra num hospital, num serviço de referência ele se sente muito mais amparado. (...) pela própria estrutura (...)

10.04. (...) estrutura das unidades básicas, que são mais precárias em termos de número de profissionais, estrutura física (...) incapacita o profissional de atender um número grande de pacientes.

TEMA 06 – FALTA DE INSUMOS MATERIAIS NA UBS

Durante o acompanhamento multiprofissional do paciente faz-se necessário o uso de alguns materiais não muito utilizados nas UBS.

Na avaliação realizada por esses profissionais são incluídas algumas coberturas para curativos, o que pode favorecer o insucesso da contra-referência. Ao referenciar esses pacientes, as UBS e os municípios acabam não realizando planejamento de retorno desses pacientes.

A facilidade de alguns municípios em dizer não para uma simples sonda ou um produto de curativo acaba colocando o hospital terciário em situação desfavorável à previsão de atendimento aos pacientes que aguardam uma vaga ou mesmo no aumento dos custos hospitalares.

03.03. Alguns serviços (...) dizem que eles não tem recurso pra dar continuidade ao tratamento (...) eles saem com uma conduta onde muitos são dependentes de materiais, tipo uma sonda. O serviço não consegue dar ou não

tem produto para fazer curativo (...) dependendo do município, é muito difícil de assumir de volta (...) tenho muita dificuldade.

TEMA 07- FALTA DE COMUNICAÇÃO

As falas abaixo demonstram que a falta de comunicação fica muito clara quando o profissional não realiza a contra-referência, prejudicando a continuidade do tratamento do paciente.

Muitas vezes, os pacientes não sabem explicar à equipe de multiprofissional das UBS qual atendimento foi dispensado a ele no hospital ao qual foi referenciado. Acreditamos que a comunicação efetiva deve fazer parte da vida diária de qualquer ser humano e, principalmente, de pessoas adoecidas que deve, sobretudo, conhecer sua patologia, seu tratamento e se as medidas tomadas estão sendo eficazes ou não.

Numa abordagem sistêmica das redes de atenção à saúde, a comunicação interinstitucional também se torna vital e faz parte das responsabilidades dos atores dessa rede.

06.03. (...) nós fazemos o contato telefônico entre profissionais e as informações acabam se perdendo e o paciente, às vezes, fica perdido também.

11.02. (...) Às vezes inexistente, porque a gente não conversa. Fica difícil você voltar (...) pra quem fez o encaminhamento (...). Porque até os próprios mecanismos dentro da Instituição não facilita muito o diálogo.

TEMA 08 – AUSÊNCIA DE PROFISSIONAL NA UBS

A ausência ou número insuficiente de alguns profissionais nas UBS contribuem para a não realização da contra-referência tornando praticamente impossível o seguimento do tratamento dispensado ao paciente.

Esse déficit de profissionais repercute e potencializa a escassez de novas vagas oferecidas pelo HCFMB, conforme explicitado nas falas abaixo.

07.02. A maior dificuldade (...) é a falta de profissional na área, na cidade de origem. (...) quando tem profissional da área, a gente mantém o paciente com uma supervisão. Caso contrário (...) nós tentamos entrar em contato, mandando carta de orientação.

07.03. Caso contrário, traz pra cá se ele tiver com risco (...) nutricional. (...) se não tiver o serviço no município, eu mantenho o paciente aqui, não dou alta, até recuperar o estado nutricional desse paciente. Eu consigo dar alta.

10.04. (...) estrutura das unidades básicas, que são mais precárias em termos de número de profissionais, estrutura física (...) incapacita o profissional de atender um número grande de pacientes.

TEMA 09 – FALTA DE COBRANÇA DO SUPERIOR IMEDIATO

A obrigatoriedade em realizar a contra-referência está diretamente ligada à cobrança realizada pelo superior imediato.

A equipe multiprofissional de saúde sabe definir o sistema de referência e contra-referência e conhece sua importância, e mesmo assim, somente o realizam se o superior hierárquico exigir, tornando o seguimento destes pacientes dependentes do grau de exigência de cada profissional ficando muitas vezes a mercê de um atendimento que não terá continuidade.

13.02. Ela praticamente inexistente pelo menos aqui no nosso serviço, porque a gente não tem tempo de fazer a contra-referência. Não é uma coisa muito cobrada.

14.02. (...) não sei se a gente esquece ou a gente não é orientado, se é falta de ensino (...) quando eu faço um encaminhamento pro posto eu faço a contra-referência, anoto tudo, as condutas, o que foi feito, exames.

TEMA 10 – INFORMALIDADE NO ENCAMINHAMENTO

O encaminhamento do paciente para um nível de maior complexidade ocorre, porém sua precariedade favorece a informalidade. Nestes casos, há uma dificuldade em realizar a contra-referência.

Diante das dificuldades encontradas, os pacientes conseguem ser encaminhados por informalidades no acesso, passando muitas vezes, pelo pronto socorro do HCFMB, descaracterizando esta importante unidade, ficando num sistema hospitalar de alta complexidade, sem necessidade.

06.02. (...) o funcionamento desse sistema (...) ainda é muito precário. Os pacientes são encaminhados para outro nível sim, só que de forma, muitas vezes informal.

CATEGORIA 3 – FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A REALIZAÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA

Nesta categoria, podem-se observar poucos fatores que contribuem para a realização da contra-referência, onde os temas constituídos esclarecem a possibilidade de sua realização.

TEMA 01 – NÚMERO INSUFICIENTE DE VAGAS NO SERVIÇO TERCIÁRIO

A escassez de vagas nas diversas especialidades do HCFMB faz com que alguns profissionais realizem a contra-referência. Há o desconhecimento da qualidade no atendimento prestado aos pacientes na UBS, entretanto, os profissionais acabam encaminhando-os, pois é o único recurso disponível já que no HCFMB ficaria na lista de espera, conforme denotam as frases abaixo.

04.02. Do nosso serviço pra fora a gente sempre encaminha (...) quando avalia uma criança (...) e não tem mais vaga (...) a gente não tem mais como dar conta disso (...) a gente encaminha ou pro posto de saúde mais próximo ou pra cidade de origem (...). Até consigo fazer a contra-referência.

12.05. Quando a gente tenta encaminhar assim (...) eles trazem alguma queixa muito absurda do profissional (...) aí você fica muito amarrado, com muitas dificuldades de encaminhar a pessoa pro... pra cidade de origem mesmo, porque você não sabe se é uma queixa real do paciente (...) O que acaba forçando a gente a encaminhar é porque não tem vaga (...) bom, por mais que possa ser difícil lá ele vai ter vaga e aqui vai ficar na fila de espera.

TEMA 02 – PACIENTES COM COMORBIDADES

A contra-referência é realizada quando pacientes apresentam comorbidades que possam interferir no tratamento programado nos ambulatórios. O auxílio medicamentoso também é prescrito com a finalidade de auxílio ao médico da UBS.

Essa separação entre tratamento de comorbidades e tratamento especializado favorece a diminuição de lista de espera e faz com que o

paciente retorne ao serviço somente para o tratamento ao qual foi referenciado. Com isso, pode haver uma programação de alta da especialidade, sem que o paciente seja inserido definitivamente no serviço terciário, conforme relato abaixo.

02.03. (...) no ambulatório é mais feita a contra-referência do que na triagem (...) pacientes quando tem alguma comorbidade clínica que interferem no tratamento, a gente costuma fazer carta pra ele levar. (...) às vezes até auxílio medicamentoso a gente escreve para o médico que acompanha no posto de saúde para ter um acompanhamento mais de perto desse paciente.

TEMA 03- COBRANÇA DO SUPERIOR IMEDIATO

A participação dos docentes, responsáveis pela orientação dos médicos residentes, no processo de contra-referência é decisiva para sua eficácia. Os profissionais residentes acabam seguindo o que lhes é imposto, entretanto, somente em alguns momentos. Quando não há essa cobrança a contra-referência não é realizada.

Quando nos deparamos com o segundo depoimento, entendemos que o planejamento da alta hospitalar estabelece os objetivos que devem ser assumidos para reduzir as possibilidades de sua reinternação que corrobora com Núñez et al³².

14.06. (...) Eu vejo acontecer a contra-referência mais na triagem, porque tem uma docente que cobra mais e exige que faça

15.06. Na enfermaria A e B a gente é obrigado a fazer a contra-referência (...) porque o docente obriga (...) na enfermaria C ninguém faz, porque as especialidades não cobram que isso seja feito.

CATEGORIA 4: IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA

Esta categoria retrata a importância na realização de uma contra-referência adequada, onde os maiores beneficiados são os pacientes atendidos no HCFMB.

TEMA 01 – DIMINUIÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES SEM NECESSIDADE DE ATENDIMENTO TERCIÁRIO

A realização da contra-referência favorece a diminuição de pacientes encaminhados ao HCFMB sem necessidade ou critérios, fazendo com que o paciente não fique “eternamente” como clientela cativa da Instituição.

A falta de opções de referenciamento faz com o HCFMB absorva a demanda de toda região, inclusive de atendimento secundário, descaracterizando sua complexidade.

13.05. (...) se a gente conseguisse realizar a contra-referência, a gente diminuiria o número de pacientes que estão aqui, sem necessidade.

TEMA 02 – SEGUIMENTO DO PACIENTE

O seguimento do tratamento de saúde na UBS é de extrema importância para os pacientes atendidos no HCFMB. Para isso, torna-se necessário o conhecimento e estabelecimento de um sistema de referência e contra-

referência efetivo que garanta o atendimento integral mais próximo de sua residência, com uma equipe conhecedora do tratamento dispensado aos pacientes no nível terciário. Na frase abaixo, destaca-se a importância deste seguimento.

01.03. (...) é importante para o paciente porque ele vai voltar para outro serviço, sem ter a informação do que foi feito aqui e quando chega lá não vai poder dar andamento no que ele precisaria. (...) é importante que o serviço de referência e contra-referência seja bem feito (...) pra que se consiga dar andamento no tratamento do paciente.

TEMA 03 – ORIENTAÇÃO A PACIENTES/ ORIENTAÇÃO À EQUIPE MÉDICA

A orientação aos pacientes e, principalmente, à equipe médica proporciona uma continuidade no tratamento do paciente. O conhecimento do paciente acerca do atendimento que deve ser prestado nas UBS é de grande valia para a continuidade de seu tratamento.

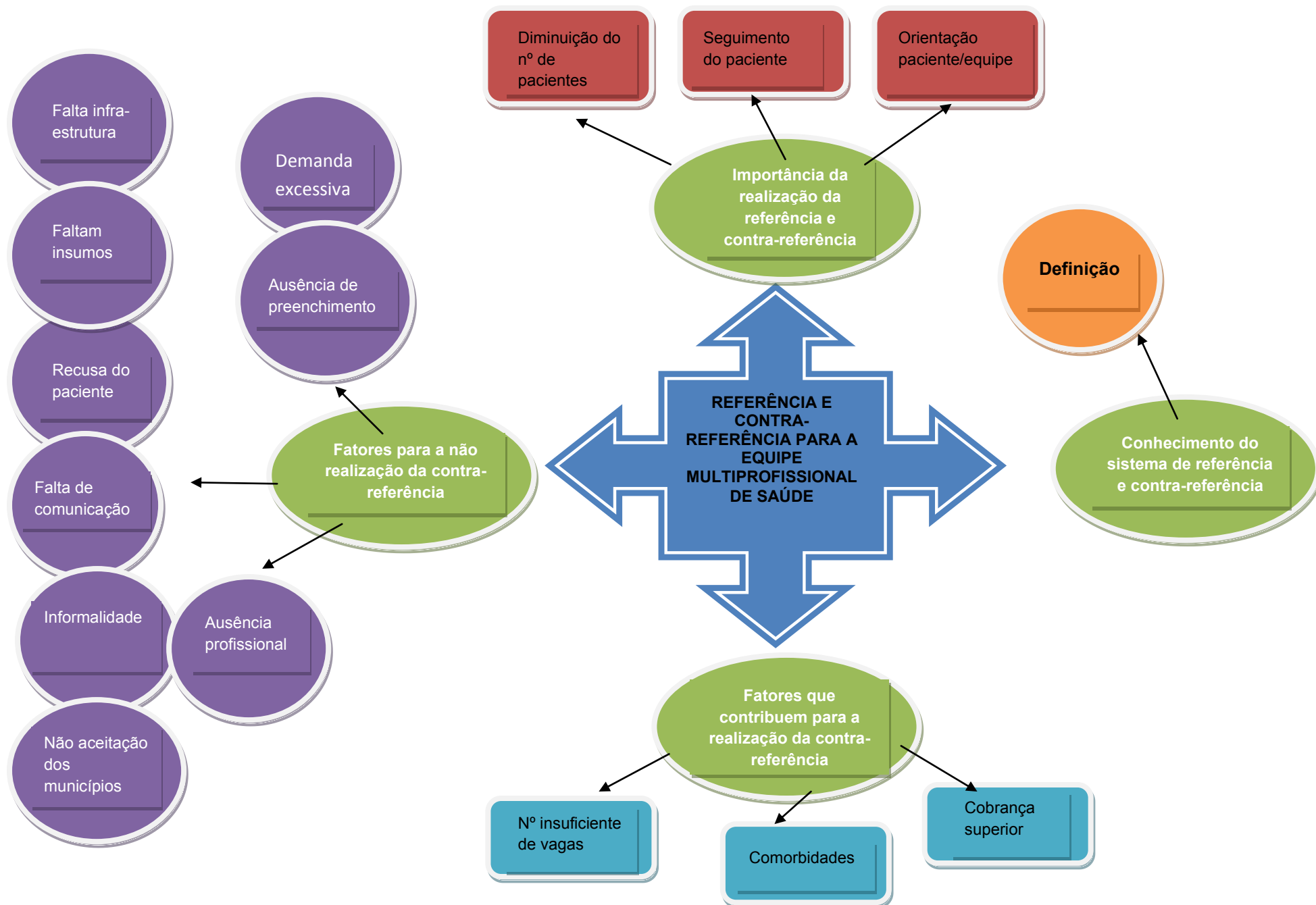
A contra-referência fica evidenciada quando, nos depoimentos, constata-se a orientação à equipe médica das UBS, informando a conduta mais adequada.

02.04. A gente sempre orienta o paciente a ser acompanhado também no posto de saúde.

02.05. (...) encaminhamos os pacientes (...) e orientamos o médico acompanhar e a fazer exame de toque retal e PSA pelo menos uma vez ao ano.

08.02. (...) na ginecologia eu não vejo muito a contra-referência, mas na obstetrícia a gente faz, a gente responde a contra-referência ou avisando que o caso vai ficar com a gente, que a gente vai dar segmento ou dando orientação pra continuar o tratamento no serviço de saúde de origem.

ESQUEMA REPRESENTATIVO DA COMPREENSÃO E ANÁLISE DO FENÔMENO



5. ANÁLISE COMPREENSIVA

Os conceitos de referência e contra-referência ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos, quanto no que se refere à efetivação e divulgação de experiências exitosas ou não³³.

Por meio de uma cadeia de eventos, uma aprendizagem eficaz proporciona serviços de alta qualidade com consequente melhoria da saúde. A educação profissional faz uma contribuição essencial para o bem estar das famílias, dos indivíduos e da comunidade, onde esses profissionais desempenham papel crucial e mediador da aplicação do conhecimento para melhoria da saúde³⁴.

Entretanto, há um desarranjo das competências profissionais aliadas às prioridades dos pacientes e da população, causado pela fragmentação de currículos desatualizados. Em quase todos os países, a educação de profissionais de saúde não conseguiu superar os disfuncionais e injustos sistemas de saúde, graças a uma pedagogia estática, rigidez curricular, insuficiente adaptação aos contextos locais, etc³⁴.

A recusa de alguns serviços em dar continuidade ao tratamento dispensado ao paciente sugere que a análise dessas necessidades pode ser feita de forma incorreta, podendo resultar na desconfiança da comunidade em relação à atuação de seus profissionais, uma vez que esse conflito é de difícil compreensão da população e familiares³⁵.

Pode-se considerar que há estrangulamentos importantes na oferta e demanda de serviços, pois os gestores municipais não programam o suficiente

para atender a demanda da população e nem sempre o que tem programado garante o acesso³⁶.

Sem coordenação é difícil alcançar alguns objetivos básicos do sistema de saúde, como, por exemplo, continuidade dos cuidados, melhora contínua da qualidade, resolução de problemas no nível adequado com equidade e eficiência. As relações entre os níveis organizacionais são mais importantes e conflitivas do que as relações no mesmo nível, onde o financiamento de recursos pode interferir no grau de comprometimento e diversificação das organizações³⁷.

A inexistência da contra-referência contribui para uma menor resolubilidade do sistema acarretando o agravamento desnecessário das condições de saúde de diversos pacientes, além de sobrecarregar as unidades de maior complexidade do SUS. O sistema de referência e contra-referência fica prejudicado, assim como a necessária integralidade e continuidade dos cuidados²⁴.

A inacessibilidade demonstra que os serviços oferecidos não estão tendo capacidade de suprir a necessidade de vagas, gerando desproporção entre a oferta e a demanda de serviços, com acúmulo de filas de espera. Esse estrangulamento de vagas é decorrente da falta de continuidade no atendimento à saúde^{38, 39}.

A percepção dos usuários e funcionários revela que o contingente de pessoas a ser atendido é tratado como um desafio enfrentado individualmente por cada um, que precisam contribuir para a superação dessa situação¹¹.

Quando o usuário não consegue encaminhamento, fica esperando. E nessa espera, muitas vezes, a doença se agrava e os que dispõem de

melhores condições pagam por atendimento especializado. Um dos impasses dessa situação é que os problemas de saúde que poderiam ser resolvidos nas UBS são encaminhados para os serviços de referência, sobrecarregando-os⁴⁰.

A demanda de pacientes acaba ficando excessiva devido à dificuldade no acesso ao atendimento de média complexidade, sendo mais fácil ter acesso a serviços de alta complexidade. Os valores pagos pela Tabela SUS podem estar associados a esta situação, pois os procedimentos de alta complexidade são muito mais atrativos, havendo um privilégio de sua realização em detrimento aos de média complexidade⁴¹.

É importante considerar o papel que o modelo de atenção exerce na orientação da demanda aos serviços de saúde, que apesar dos avanços, acaba prevalecendo o modelo hegemônico, induzindo à demanda crescente e irracional de serviços com maior densidade tecnológica, tanto por parte dos profissionais da saúde, quanto pela própria população⁴¹.

A visão que pacientes e familiares tem das UBS, demonstra uma ausência de conhecimento da idealização dos serviços a serem prestados por estas unidades e a realidade vivenciada, acreditando que sua responsabilidade é apenas a vacinação, desvalorizando-a e desconhecendo seu verdadeiro papel³⁸.

A questão da credibilidade da atenção primária tem sido apontada como um nó crítico, apresentando relativa fragilidade deste nível de atenção frente à intenção de fazê-lo assumir um papel tão estratégico no sistema⁴².

As UBS são vistas como locais de promoção da saúde e de prevenção de doenças, e não como instituições capazes de ser resolutivas e assegurar o atendimento de maior complexidade, quando este for necessário¹³.

O reconhecimento da rede básica de saúde como espaço privilegiado para acompanhamento e tratamento aos indivíduos e comunidades deve acompanhar o planejamento de gestão e administração municipal, para garantir que o acesso a estes locais proporcione o resultado esperado, com qualidade e acolhimento²³.

A procura por um serviço de saúde depende não só do acesso geográfico, mas também, da forma como são recebidos pela unidade, da fama do serviço na comunidade e da capacidade de resolução dos problemas de saúde. Essa dificuldade tem levado a uma inversão do sistema, elevando a ocupação das urgências e emergências e do serviço terciário⁴³.

O desenvolvimento da atenção básica tem recebido muito destaque no SUS, sendo impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programa inovadores, com o objetivo de oferecer acesso universal a serviços abrangentes, coordenar a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, além de implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças⁴⁴.

Conill & Fausto⁴², relatam que na Espanha um documento de consenso destacou aspectos relacionados à integração horizontal, a capacidade resolutive, a gestão e a credibilidade, onde a busca por modelos flexíveis e diversificados com princípios comuns é enfatizada na experiência na integração da APS.

O acolhimento, como postura e prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, favorece uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços contribuindo para legitimação do sistema público de saúde⁴⁵.

A APS oferece uma base para um sistema normativo de medição de suas funções dentro de um sistema de serviços de saúde, além de introduzir a necessidade de levar em conta tanto a estrutura desses sistemas como de comportamentos, seja a partir do ponto de vista da população ou do indivíduo¹⁸.

Os processos de atenção que refletem como as pessoas interagem com as APS também são importantes. As pessoas decidem se e quando usarão o sistema de atenção à saúde e, caso realmente utilizem, chegam a uma compreensão sobre o atendimento oferecido, se estão satisfeitos e se irão aceitar as recomendações do profissional de saúde responsável por seu atendimento¹⁸.

O fato da UBS não conhecer a história de seus pacientes é de extrema importância para as famílias não buscarem seus serviços. Para isso, deve-se aperfeiçoar o sistema de referência e contra-referência para que o conhecimento da história do paciente não se restrinja apenas a determinada instituição, mas esteja disponível em todos os níveis de atenção³⁸.

A continuidade do cuidado não desresponsabiliza a equipe de saúde à qual os mesmos estão vinculados, isto porque o acompanhamento sistemático desses usuários está condicionado ao compromisso tanto de quem encaminha quanto de quem recebe⁴⁶.

Alguns autores ressaltam a inexistência de uma alusão ao sistema de contra-referência por parte dos usuários do SUS, o que sugere sua não efetividade. Isto indica que os pacientes são incorporados aos serviços para os quais foram referenciados, porém, não retroagidos aos de origem, ou quando o são, esse retorno não é formalizado^{13, 47}.

Os instrumentos idealizados para a realização de contra-referência representam um elo para integração dos serviços de saúde, entretanto, sua realização não é uma prática comum, apesar de os fluxos estarem instituídos^{8,48}.

É de conhecimento dos profissionais do HCFMB a informalidade no encaminhamento dos pacientes, onde muitos simplesmente conhecem as unidades de emergência como a porta de entrada para seu tratamento. Entretanto, Lemões et al²³ salientam que esse serviço não possui nenhum histórico prévio deste usuário: ele realiza os cuidados, procedimentos necessários e internações e depois devolve sem o encaminhamento ou a contra-referência, perdendo-se portanto, a lógica de manter o usuário assistido e acompanhado em todos os níveis de atenção para promover a integralidade na assistência prestada, ordenar e planejar as estratégias de monitoramento que resultam no auxílio à gestão e no direcionamento e aplicação de recursos com racionalidade^{13,49}.

A utilização de um instrumento de encaminhamento melhora a coordenação dos cuidados aos pacientes, sendo necessário abordar aspectos fundamentais para a continuidade das informações baseando-se na adaptação nas relações entre diversos profissionais e serviços³².

Os trabalhadores da área da saúde devem engajar-se por completo no processo de construção e melhoria do SUS, além de participarem como autores-chave no processo de aumento de cobertura e oferta de cuidados integrais e de qualidade para toda a população⁵⁰.

A continuidade da assistência é uma das dimensões importantes na avaliação da qualidade na experiência dos usuários. Um conjunto de medidas

ou de tecnologias para gestão da integração pode ser realizado num território e dizem respeito ao planejamento adequado da capacidade instalada, do fluxo de pacientes e a introdução de sistemas de informação compartilhados e mecanismos para facilitar a interação entre profissionais⁴².

O déficit quantitativo de profissionais também pode ser apontado como fator que retarda a efetivação do sistema de referência e contra-referência. Por outro lado, a atuação dos acadêmicos da área da saúde parece amenizar o impacto deste déficit, sendo fortalecida a concepção de que a integração ensino-serviço é de grande valia. Entretanto, na lógica da organização dos serviços, o vínculo e a assistência não devem ficar a cargo dos acadêmicos, pois estes estão em processo de formação e têm atuação temporária junto às organizações de saúde⁴⁷.

Os investimentos em estrutura física possibilitam aos usuários manifestarem satisfação com a oferta de serviços e a busca da UBS como porta de entrada para o sistema. O fato de o usuário ter uma unidade próxima da sua casa, com uma diversidade de serviços, pode ser um fator facilitador para o estabelecimento de vínculo⁵¹.

É necessário compreender o SUS e a atenção básica não como política de governo, mas como uma política de estado. Cada governante do nível municipal poderia contribuir para que a atenção básica fosse melhor estruturada e consolidada a cada administração municipal, buscando garantir a integralidade do atendimento ao cidadão⁵².

Em estudo realizado por Costa et al⁵³, constatou-se que a limitação estrutural também era um entrave para a realização do plano de reorganização da atenção à hipertensão, onde havia número insuficiente de consultórios para

realização de consulta médica e de enfermagem, além de faltar espaço para atividades educativas em grupos. Também não havia controle periódico de equipamentos.

Creutzberg & Santos⁵⁴, relatam que a falta de materiais tornou-se evidente na área estudada e que, para as famílias, é um alívio quando esses materiais chegam, pois se sentem angustiadas com o fato de não terem recursos para adquiri-los, podendo prejudicar o acompanhamento do paciente.

O baixo financiamento do SUS é uma das principais dificuldades para que as redes contem com recursos suficientes para atender às necessidades assistenciais. Apesar da cobertura assistencial no SUS ter aumentado nas últimas décadas, a oferta de recursos ainda é insuficiente para atender às necessidades da população⁵⁵.

Costa et al⁵³ e Vicente et al⁵⁶ relatam que uma das principais queixas dos usuários da UBS da região de seu estudo, é a falta de medicamentos, que pode ser considerada uma falha importante refletindo diretamente no atendimento do usuário.

A integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las¹⁸.

Em estudo realizado por Chiesa et al⁵⁷, observou-se a falta de insumos adequados para realização de curativos, fazendo com que os profissionais encaminhassem os pacientes ao serviço secundário sem necessidade. Utilizou-se o conceito *advocacy*, defesa ou representação do cliente e seus interesses junto às instituições políticas e sociais, objetivando a negociação dos direitos das pessoas, para conseguir os materiais necessários à assistência adequada.

A partir disso, o uso das tecnologias duras e leve-duras na atenção básica mostraram que para garantir o sucesso em uma intervenção é necessária uma articulação dessas tecnologias com as tecnologias leves.

A falta comunicação é um dos grandes problemas e pode ser associada à não realização da contra-referência. As informações acabam se perdendo dificultando o seguimento do tratamento pelo paciente.

A comunicação entre as equipes de saúde deve ser clara e concisa, seja ela por contato telefônico ou por meio de orientações escritas. Mas é necessário que seja formal e documentada, encarada como responsabilidade compartilhada dos atores da rede de atenção.

Os serviços de acompanhamento especializado não informam quem são os pacientes assistidos, como é desenvolvido o tratamento e quais as necessidades existentes. Essa falta de informação e integração resulta numa deficiência de ações, visto que a equipe não é orientada sobre o que é necessário executar nem quais ações são importantes³⁵.

A precariedade em termos de comunicação e informação prejudica o funcionamento do sistema de referência e contra-referência das áreas envolvidas^{8, 24, 47}.

Não basta orientar e indicar ao paciente um atendimento mais complexo, sendo fundamental que os serviços de saúde possibilitem a efetivação da orientação realizando o *feedback* dos resultados obtidos. Os serviços devem estabelecer uma interação para discutir esses resultados, além de planejar novas estratégias de cuidado que contemplem o paciente³⁸.

Em estudo realizado por Fratini et al³³, constatou-se que mais da metade das necessidades de cuidados apresentadas pelos pacientes estavam

relacionados a realização da contra-referência e que para isso, evidenciou a necessidade de parceria com a atenção básica por meio de diálogo intersetorial permanente.

Núñez et al³² afirmam a coordenação dos cuidados é realizada mediante o intercâmbio de informações entre as unidades e os profissionais diretamente envolvidos.

Em município na região Sul do país, constatou-se que a referência e contra-referência são práticas existentes e um diferencial deste município. Fato que merece destaque é quando um usuário, ao ser encaminhado ao especialista, leva consigo seu prontuário e quando retorna com a contra-referência realizada há também registro das ações desenvolvidas nesse período. Consideramos que a comunicação no município estudado é extremamente eficiente, porém, se fizéssemos algo semelhante haveria grande tumulto devido área de abrangência do HCFMB e por possuímos sistema informatizado com prontuário eletrônico, o que provocaria trabalho em duplicidade³⁹.

É necessário um prontuário unificado com as informações do usuário, para que ao ser referenciado não tenha que passar por procedimentos já realizados, pois, por falta de registros, estes são feitos novamente, dificultando ou adiando seu tratamento⁴⁰.

Há necessidade de investimento em infra-estrutura física e material, mas também é primordial a capacitação dos profissionais atuantes nas UBS afim de priorizar seus princípios⁵¹.

As dificuldades para implementação do sistema de referência e contra-referência estão diretamente ligadas ao déficit de recursos humanos nas UBS.

Fato este que complexifica a continuidade do cuidado na atenção básica, assim como o acompanhamento pós-alta hospitalar de forma mais resolutiva, prejudicando a qualidade da assistência prestada. Por outro lado, a atuação dos acadêmicos da área da saúde parece amenizar o impacto deste déficit, sendo fortalecida a concepção de que a integração ensino-serviço é de grande valia^{47, 56}.

A grande rotatividade e a pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS, com destaque para o médico, constituem duas dificuldades importantes. A oferta de médicos é insuficiente nas regiões mais afastadas e inclusive nos grandes centros⁵⁵.

As modalidades de atendimento, equipe multiprofissional e suas inter-relações apresentaram peculiaridades próprias e que as mesmas poderiam auxiliar na oferta de mais ações e serviços para a população atendida, trazendo soluções para a demanda reprimida e diminuindo o custo com internações hospitalares⁴⁸.

Ronzani & Silva⁵⁸, demonstram que os usuários do serviço de saúde aprovam o atendimento realizado, porém, relacionam as deficiências à falta de médicos especialistas e número reduzido de profissionais na equipe.

A perspectiva de inclusão na rede básica do profissional generalista é questionada como retrocesso ou desqualificação no atendimento. Essas críticas caracterizam uma reação de medo pela perda do espaço de trabalho levando os profissionais a dificultarem as articulações necessárias entre ambos para a concretização da integralidade no atendimento. Há que se avançar na superação dessa dicotomia, pois as necessidades de saúde da população exigem a presença de ambos os profissionais, com pactuação de

resolubilidade em cada âmbito de intervenção. O desafio está na necessidade de definir conjuntamente o fluxo de referência e contra-referência de atendimentos⁵⁷.

As universidades devam renovar seu compromisso com o SUS e, especificamente, com a atenção primária da saúde como porta de entrada do sistema e como meio de obter a integralidade da atenção e para isso, necessitam qualificar os profissionais, inclusive com orientações, garantindo a oferta de uma atenção de alta qualidade⁵⁰.

Apesar do aparente contexto de contradições emergentes da junção de saberes e práticas e quando a formação profissional ocorrer dentro da perspectiva da transdisciplinariedade, a integralidade se constituirá, onde os diversos conhecimentos serão considerados e convergirão para uma mesma ação, atendendo à demanda apresentada. Diante disso, as necessidades dos usuários terão maior entendimento e as ações intersetoriais serão mais incrementadas não possuindo um conceito limitado de saúde⁵⁹.

A formação é um direito social e uma dever do estado, e só tem sentido quando se torna relevante para a sociedade, devendo estar direcionada às necessidades em saúde da população e do sistema de saúde. Para tanto, também é necessário adequar-se ao desenvolvimento do SUS trazendo qualidade e relevância social na mesma direção da reforma sanitária brasileira⁶⁰.

A universidade desempenha um papel importante na formação de profissionais com reflexão crítica. Na formação de nível superior, os diplomados devem estar preparados para participar do desenvolvimento social

do país, garantindo a sua formação continuada, difundindo as conquistas de benefícios das pesquisas científicas e tecnológicas⁶¹.

Há uma cobrança social para que haja maior comprometimento das universidades e dos profissionais nas questões sociais, orientando um novo perfil profissional, visando à transformação das práticas dos trabalhadores da saúde. A formação da área de saúde orientada para as competências exige a relação entre academia e serviços de saúde, com responsabilidade e vínculo entre os atores envolvidos no processo, mantendo uma linha de relação horizontal, solidária, ética, com uma postura ativa, reflexiva e crítica, direcionando a formação às necessidades sociais⁶².

Um dos desafios que se coloca para os cursos que formam trabalhadores de saúde é superar as práticas educativas em saúde desenvolvidas com o único objetivo de modificar comportamentos individuais. Deve-se fortalecer a formação de profissionais capazes de compartilhar saberes e decisões, ampliando e potencializando sua capacidade crítica e de intervenção na realidade, fatores essenciais para a efetivação do sistema de referência e contra-referência, além de focar o indivíduo como um todo⁴⁷.

Oportunidades estão se abrindo para uma nova rodada de reformas para elaborar a educação profissional do século 21, estimulado pela aprendizagem mútua devida interdependência da saúde e mudanças na educação. Juntamente com o ritmo acelerado dessas mudanças, há uma revolução na educação paralela, onde o aumento explosivo no volume de informação e na facilidade de acesso a mesma, deixa claro que o papel das universidades e outras instituições educacionais precisa ser repensado³⁴.

A aprendizagem sempre foi experimentada em todos os tipos de interações, mas o conteúdo informativo e potencial de aprendizagem hoje é sem precedentes. As universidades devem ampliar seu papel tradicional como lugares aonde as pessoas vão para obter informações, incorporar novas formas de aprendizagem transcendendo os limites da sala de aula e os alunos precisam ser capacitados para saber discriminar as quantidades de informações, extrair e sintetizar o conhecimento necessário para a decisão clínica³⁴.

A saúde pública e os outros conceitos devem ser melhor integrados em medicina, enfermagem e em outras áreas da saúde, tornando-se mais engajados com as comunidades locais e as decisões política³⁴.

É necessário haver uma reorientação curricular efetiva e integrada entre os cursos de saúde, focando objetos e objetivos comuns, fundamentados no SUS idealizado⁶³.

Ronzani & Silva⁵⁸, constataram que os profissionais com níveis de ensino superior tiveram formação prática voltada para o contexto hospitalar demonstrando insatisfação, mesmo sendo esta a fonte principal de aprendizado.

Os mecanismos informais, como contato pessoal entre médicos ou do próprio usuário com o serviço de referência, são utilizados para a garantia de internação para cirurgias eletivas. Com isso, um dos municípios estudados, realiza buscas para garantia das internações de urgência tendo como critérios prioridades clínicas e perfil do prestador por meio de uma central de regulação de leitos e internações⁸.

As áreas onde não possuem estratégia de saúde da família (ESF) acabam gerando uma demanda de pacientes que, na grande maioria das vezes, não procura a UBS e nem mesmo possui vínculos com esse serviço refletindo um fluxo direto ao nível terciário sem o referenciamento da rede. Quando há orientações para referência, essas são realizadas verbalmente desprezando a utilização do boletim de referência e contra-referência que auxilia na conduta e organização da rede de assistência²³.

O índice de encaminhamento na unidade com ESF é cerca de três vezes maior, podendo, portanto, considerar que há maior acesso de usuários dessa unidade ao sistema de referência favorecendo a integração entre os serviços⁴⁹.

Silva⁴⁸ evidencia que não existem articulações formais e informatizadas de referência e contra-referência que poderiam facilitar as inter-relações entre os serviços do SUS.

Em painel idealizado por Victora et al⁵⁰ demonstra a necessidade de promover e integrar a ESF em todos os níveis de atenção como forma de atingir a cobertura universal das intervenções em saúde.

Creutzberg & Santos⁵⁴, salientam em seu estudo que, embora os pacientes e familiares refiram experiências positivas em relação à referência realizada pela UBS, desconheciam ser essa a melhor e mais rápida opção.

Concordamos com Oliveira et al³⁹ quando afirmam que o conceito de integralidade também está relacionado à capacidade de integração entre os serviços de rede de saúde tendo como eixo avaliador a questão da referência e contra-referência, não existindo uma articulação institucional formal ou informal entre a ESF e os serviços de urgência/emergência. Os atendimentos são realizados em hospital e os usuários devem procurar o serviço.

O sistema de referência e contra-referência pode ser considerado como um dos pontos importantes para viabilizar a implantação do SUS, pois, a partir de sua estruturação, o fluxo de encaminhamento de usuários aos diversos níveis de atenção será facilitado. Para tal, há necessidade de integração dos serviços e estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento da clientela⁴⁷.

A abertura em horário comercial das UBS prejudica o atendimento da população, deixando de atender uma margem considerável de usuários. Em estudo realizado por Vicente et al⁵⁶, houve uma percepção na melhoria deste atendimento quando as UBS passaram a atender das 7h às 19h. Concordamos com o autor, pois a partir das 18h há um aumento considerável de atendimentos no pronto socorro do HCFMB.

O marco conceitual da regulação em saúde delimita claramente o acesso dos usuários aos serviços assistenciais. Desse modo, a Política Nacional de Regulação (PNR) vem trazendo ações ou instrumentos de operacionalização através do pacto de gestão do SUS, a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS viabilizando o acesso oportuno à atenção integral e de qualidade, garantindo os direitos sociais dos usuários⁶⁴.

Entende-se que a função de regulação possui uma estreita relação com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS⁶⁴.

Um dos desafios da APS é decidir quando encaminhar um paciente ao especialista. Acredita-se que essa questão deveria ser decidida pelos médicos da APS juntamente com os médicos especialistas numa ação compartilhada¹⁸.

Problemas com a referência e contra-referência demonstram a existência de dificuldades estruturais e processuais onde, muitas vezes, depende do conhecimento e do relacionamento dos profissionais, o que não garante o acesso aos usuários do serviço através de uma regulação do próprio sistema⁶⁵.

Há uma desintegração entre as equipes da atenção básica e aos demais pontos do sistema (média e alta complexidade), tornando vulneráveis a integralidade e a continuidade da atenção, por não existir uma política de referência e contra-referência, ficando esta responsabilidade para os profissionais no plano da informalidade e/ou amizade entre pares, sobretudo entre enfermeiros⁶⁶.

Para a regulação do acesso, a constituição da rede de atenção é indispensável para que as ações regulatórias sejam programadas e se processem em função dos problemas identificados, preferencialmente, pela atenção básica. Para que ocorra uma integração funcional e solidária, o caráter complementar e integrador das ações desenvolvidas pelos diferentes sujeitos e pontos de atenção devem ser considerados⁶⁷.

A prática sistemática de avaliação dos encaminhamentos pelos centros de saúde poderia melhorar a qualificação das referências e promover utilização mais racional dos recursos especializados, além do que, esforços deveriam ser empreendidos para garantir a continuidade informacional, garantindo maior integração entre profissionais por meio da realização da contra-referência⁸.

Devem-se avaliar os indicadores que compõem a regulação do acesso de uma região de saúde conduzindo a sua reflexão, o qual pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos. Essa avaliação parte do princípio de que a

regionalização e hierarquização das ações especializadas, no nível secundário, são fundamentais para atingir a integralidade da assistência, sendo um recurso que indica a capacidade dos municípios de ofertar serviços de referência e contra-referência³⁶.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de referência e contra-referência mostrou-se, ora fragmentado ora mais elaborado e pontual. Entretanto, fica visível a não associação de teoria e realidade, onde encontramos uma equipe multiprofissional que não realiza a contra-referência.

A não realização da contra-referência pela equipe multiprofissional de saúde alimenta as falhas no sistema de saúde e prejudica os seus usuários. Essa atitude faz com que os pacientes superlotem os serviços de urgência e emergência com problemas que poderiam ser resolvidos na APS. Além disso, o não acompanhamento desse paciente pelas equipes de saúde de forma integral, atendendo todas as suas necessidades, favorece a não continuidade de seu tratamento.

Os pacientes contra-referenciados pelas enfermeiras do Ambulatório Geral e MION do HCFMB, na maioria das vezes, retornam sem concluírem esse processo, pois informam que na UBS não possui os materiais necessários para seu cuidado e tampouco profissionais capacitados. Entendemos a dificuldade dos municípios no que tange ao financiamento de recursos necessários para atendimento em saúde da população, porém, não concordamos que o HCFMB, um hospital terciário, deva ser o responsável pelo atendimento em saúde nos três níveis de atendimento.

A comunicação entre o HCFMB e as equipes da UBS apresenta falhas, pois quando o paciente retorna à APS não leva consigo o instrumento de contra-referência preenchido com a avaliação da equipe multiprofissional de saúde que o atendeu.

A porta de entrada da maioria dos usuários ainda é o pronto socorro, por ser a forma mais rápida para conseguir uma consulta especializada, já que o número de consultas pactuadas entre os municípios e os hospitais de referência está aquém da realidade necessária.

Com o processo de referência e contra-referência instituído no Ambulatório Geral e MION do HCFMB, pode-se perceber o quão longe do idealismo do SUS nos encontramos, onde as dificuldades em cumprir seus princípios refletem a realidade de uma população sem rumo certo que deve procurar assistência especializada através de informalidades ou mesmo ficar à mercê da sorte.

Compreender o paciente de forma holística é fundamental para o seu acolhimento e direcionamento. Além disso, para construir um sistema mais humanizado e comprometido com a vida dos usuários, é essencial que haja incorporação de novas tecnologias que permitam visualizar esses caminhos e melhorar o trabalho em saúde. Para isso, também deve existir uma ação direta dos gestores municipais em oferecer à população o que lhe é de direito, com qualidade, respeito e cidadania.

O déficit no financiamento de recursos para a saúde dos municípios favorece a recusa do paciente em ser contra-referenciado, onde se depara com infra-estrutura inadequada, ausência de insumos materiais e de profissionais capacitados, tecnologias inexistentes ou obsoletas, tornando o HCFMB o grande gerador de saúde da região.

Garantir a integralidade do atendimento é de responsabilidade de todos os níveis de atenção e profissionais da área da saúde, e não uma batalha individual de cada paciente.

Este estudo proporcionou observar o quanto precisam ser trabalhadas as questões relativas ao sistema de referência e contra-referência onde foram evidenciadas dificuldades na sua efetivação que podem ser relacionadas a fatores como excesso de demanda/falta de tempo que podemos considerar como um ciclo vicioso presente sempre quando não houver sua realização. Se o profissional de saúde não realizar a contra-referência, aumenta o excesso de demanda e consequentemente a falta de tempo.

Paralelo a esse fator, podemos citar a inexistência de um serviço de média complexidade na região adscrita o que favorece a não realização da contra-referência. Com isso, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) absorve a demanda por ser a única instituição da região com serviços especializados.

A instrumentalização da equipe multiprofissional de saúde por meio de educação permanente e continuada é de extrema importância para a saúde da população. Entender o processo de referência e contra-referência é o primeiro passo para atender o princípio da integralidade e aprender a trabalhar em redes longitudinais fortalecendo os princípios universais do sistema SUS.

A enfermagem é uma das profissões com maior destaque, senão a mais importante, em toda a rede de atenção à saúde, pois é capaz de acompanhar, supervisionar e aplicar os princípios de universalidade, equidade e integralidade de forma clara e concisa. É um profissional que demonstrou sua importância ao longo dos tempos, que sabe trabalhar com as necessidades da população, sempre com visão holística e humanitária. É a peça chave em um sistema de saúde tão importante como o SUS.

Concluimos que, para um sistema de referência e contra-referência funcionar é necessário muito mais que estabelecimento de fluxos e informações, sendo que, assume preponderância os processos educativos das equipes, a difusão de conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento em saúde e, para isso, a instrumentalização nos processos de saúde torna-se premente.

7. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O financiamento da saúde. Brasília: CONASS; 2011.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília; 2011.
4. Polignano MV. História das Políticas de Saúde no Brasil. 2001 [acesso 2011 Mar 21]. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf.
5. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII. Da ordem social. Brasília, DF: Senado; 1988. Capítulo II, Seção II, Arts 196-200.
6. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS, e de gestão. Brasília; 2006. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).

7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Portaria 698/GM de 30 de março de 2006. Nota Técnica n. 13/06. Para entender o Pacto pela Saúde 2006 - financiamento. Brasília; 2006. v.4.
8. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saúde Pública. 2010; 26:286-98.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1999.
10. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Publica. 1997; 13:469-78.
11. Pontes ANP, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13:500-7.
12. 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; 33:323-33.

13. Pontes ANP, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Enferm. 2010; 63:574-80.
14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
15. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, 30 de dezembro de 2010.
16. Leite VR, Lima KC, Vasconcelos CM. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. Cienc Saúde Colet. 2012; 17:1849-56.
17. Vasquez DA. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. Cad Saúde Pública. 2011; 27:1201-12.
18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
19. Junqueira LAP, Dapuzzo F. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Hist Cienc Saúde-Manguinhos. 2010; 17:545-7.
20. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Brasília; 2009.

21. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr*. 2005; 81:251-8.
22. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
23. Lemões MAM, Costa CFS, Mandoza-Sassi RA. Referenciamento de usuários do SUS para um Hospital Universitário no sul do Brasil. *Cienc Cuid Saúde*. 2009; 8:198-204.
24. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Cienc Saúde Colet*. 2010; 15 Suppl 3:3579-86.
25. Silva PLB. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo *Perspec*. 2003; 17:69-85.
26. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
27. Husserl E. Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica. 2ª ed. São Paulo: Idéias & Letras; 2008.

28. Liberman K. Reespecificação da fenomenologia de Husserl como investigações mundanamente situadas. *Sci Stud*. 2009; 7:619-37.
29. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis/RJ: Vozes; 2001.
30. Martins J; Bicudo MAV. A Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Fundamentos e Recursos Básicos. 1ª ed. São Paulo: Moraes; 1989.
31. 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.
32. Núñez TR, Lorenzo IV, Navarrete MLV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de SUS instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006; 20:485-95.
33. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7:65-72.
34. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.

35. Pini JS, Waidman MAP. Fatores Interferentes nas ações da equipe de Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46:372-9.
36. Silva MVS, Silva MJ, Silva LMS, Nascimento AAM, Damasceno AKC. Avaliação do acesso em saúde na 2ª microrregião de saúde, CE. 2012;21(supl 1):107-16.
37. Gérvás j, Rico A. La coordinación em El sitema sanitario y su mejora a través de lãs reformas europeas de La Atención Primaria. Semergen. 2005; 31:418-23.
38. Milbrath VM, Amestoy SC, Soares DC, Siqueira HCH. Integralidade e acessibilidade no cuidado à criança portadora de paralisia cerebral. Acta Paul Enferm. 2009; 22:755-60.
39. Oliveira M, Coimbra V, Kantorski L, Jardim V, Heck R, Ceolin T. Acesso dos usuários de uma unidade de saúde da família a serviços complementares. Cogitare Enferm. 2009; 14:30-6.
40. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Cienc Saúde Colet. 2009; 14 Supl 1:1523-31.

41. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis Rev Saúde Colet.* 2010; 20:953-72.
42. Conill EM, Fausto MCR. Integração dos profissionais em redes regionalizadas de serviços: sobre conceitos, estratégias e alguns impasses. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2012; 6:179-94.
43. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19:27-34.
44. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia I, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011; 377(9779):1778-97.
45. Ministério da Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2ª ed. Brasília, DF; 2006.
46. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2010; 14:797-810.
47. Machado LM, Colomé JS, Beck CL. Estratégia de saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *Rev Enferm UFSM.* 2011; 1:31-40.

48. Silva JRS. Sistema Único de Saúde: modalidade de atendimento e suas inter-relações, um olhar da enfermagem. Rev Eletron Enferm [Internet]. 2008 [acesso 2012-10-05]; 10(3):857-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a33.htm>.
49. Prado SRLA, Fugimori E, Cianciarullo TI. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. Texto Contexto Enferm. 2007; 16:399-407.
50. Victora CG, Barreto ML, Do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. Lancet. 2011; 377(9782):2042-53.
51. Pereira MJB, Abrahão-Curvo O, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32:48-55.
52. Arantes LJ, Hoebert JP, Silva EV, Shimizu HE, Sousa MF, Pereira MF. Caracterização da atenção básica em três municípios de Minas Gerais, Brasil: uma análise de casos. Tempus Actas Saúde Colet. 2011; 5:87-96.

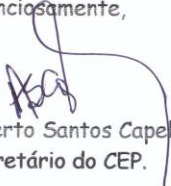
53. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16:623-33.
54. Creutzberg M, Santos BRL. Famílias cuidadoras da pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2003; 56:624-9.
55. Silva SFS. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16:2753-62.
56. Vicente FR, Campregher G, Erdmann AL, Gonçalves LHT. Organização e atendimento de uma unidade básica de saúde: significados para usuários/familiares e funcionários. *Cogitare Enferm*. 2008; 13:361-6.
57. Chiesa AM, Fracolli LA, Braboza TAV. Potencialidades das dimensões tecnológicas do cuidado no cenário do programa saúde da família na cidade de São Paulo. *Tempus Actas Saúde Colet*. 2007; 1:1-16.
58. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc Saúde Colet*. 2008; 13:23-34.
59. Rocha AS, Bocchi SCM, Juliani CMCM. O princípio da integralidade no sistema único de saúde (SUS) – utopia? *INTERthesis*. 2011; 8:120-32.

60. Ceccim RB, Fuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde. *Physis Rev Saúde Colet.* 2004; 1:41-65.
61. Brasil. Lei n 9394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura; 1996.
62. Lima VV. Competências: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2005; 17:369-79.
63. Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe multiprofissional em saúde da família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. *Rev Bras Educ Méd.* 2010; 34:379-89.
64. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MJ, Silva MVS, Feitoza AR. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. *Cogitare Enferm.* 2009; 14:346-52.
65. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20:1690-9.
66. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61:153-8.

67. Ferreira JBB, Mishima SM, Santos JS, Forster AC, Ferraz CA. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. Interface – Comunic Saude Educ. 2010; 14:345-58.

8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1 – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

	Universidade Estadual Paulista Faculdade de Medicina de Botucatu	
Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P. CEP: 18.618-970 Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143 e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br		 Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997
Botucatu, 01 de agosto de 2011.		Of. 318/11-CEP
 Ilustríssima Senhora Profª. Drª. Carmem Maria Casquel Monti Juliani Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu		
 Prezada Profª Carmem,		
 De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa - (Protocolo CEP 3942-2011) "O sistema de referência e contrarreferência no contexto da equipe multiprofissional de saúde" , a ser conduzido por Karen Aline Batista da Silva Menozzi, orientada por Vossa Senhoria, Co-orientada pela Profª Drª Regina Stella Spagnuolo, recebeu do relator, parecer favorável , aprovado em reunião do CEP de 01 de Agosto de 2.011 .		
Situação do Projeto: APROVADO . Ao final da execução do Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades" .		
 Atenciosamente,		
		
Alberto Santos Capelluppi Secretário do CEP.		

8.2 ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA - REFERÊNCIA NO CONTEXTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE”.

Nome do(a) Pesquisador(a): Aluna: Karen Aline Batista da Silva Menozzi.

Nome do(a) Orientador: Orientadora: Prof^a Dr^a. Carmem Maria Casquel Monti Juliani.

Nome do(a) Co-orientador(a): Regina Stella Spagnuolo.

1. **Natureza da pesquisa:** o (a) Sr(a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade: conhecer a percepção da equipe multiprofissional de saúde, que atua nos ambulatórios do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, sobre o processo de referência e contra-referência.
2. **Participantes da pesquisa:** aproximadamente 30 profissionais da equipe multiprofissional de saúde entre eles enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e médicos residentes das especialidades: gastroenterologia cirúrgica, urologia, saúde da mulher (ginecologia), pediatria, dermatologia e clínica médica.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o (a) Sr (a) permitirá que a pesquisadora Karen Aline Batista da Silva Menozzi proceda a entrevista individual, de duração aproximada de 20 minutos sobre o tema em questão e sua gravação, que serão destruídas pela pesquisadora após o término da pesquisa. O (a) Sr (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) Sr (a). Sempre que achar necessário poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Sobre as entrevistas:** Serão realizadas entrevistas individuais no período de setembro de 2011 a janeiro de 2012, utilizando-se roteiro com três questões norteadoras. As entrevistas devem ocorrer em sala privativa, no ambiente e horário conveniente ao entrevistado e ao serviço e serão gravadas e transcritas em sua totalidade.
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos a sua dignidade.

6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora, a orientadora e a co orientadora terão conhecimento dos dados.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o (a) Sr (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes para compreensão do processo de referência e contra-referência, de forma que o conhecimento que será construído, possa contribuir para melhorias deste processo na Instituição, onde a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.
8. **Pagamento:** o (a) Sr (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens das **duas vias** que se seguem: Confirmando que recebi cópia deste Termo de Consentimento e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos.

Obs: Não assine este termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Assinatura do Co orientador

Pesquisador: Karen Aline Batista da Silva Menozzi, fone (14) 91243398 ou (14) 38413705

Orientador: Profa. Dra. Carmem Maria Casquel Monti Juliani, fone (14) 97050119

Co orientador: Regina Stella Spagnuolo, fone (14) 81128217

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa: Prof. Dr. Trajano Sardenberg

Vice-Coordenadora: Profª Drª Eliana Aguiar Petri Nahas

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: (14) 38116143

8.3 ANEXO 3 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Tempo na Instituição: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- 1- Baseado em sua vivência, o que você entende por Referência e Contra-referência?

- 2- Estudos demonstram que a contra-referência praticamente inexistente. Como você percebe essa problemática? A que você atribui esse fenômeno?

- 3- Gostaria de falar mais alguma coisa sobre o tema?

8.4 ANEXO 4 – DEPOIMENTOS NA INTEGRA

DEPOIMENTO 1

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Referência eu entendo que é quando o nível de complexidade menor vai mandar o paciente para o nível de complexidade maior. Por exemplo: posto de saúde primário mandaria para uma secundário de especialidade por exemplo e a.....será que eu tô trocando? E a contra referência seria o contrário, que seria quando nós já resolvemos o caso e precisa de uma complexidade menor e volta para o serviço que o referenciou pra gente e dessa vez mandaria uma outra carta¹. A minha confusão era se eu não tava pensando em referência e contra referência de relação médico paciente também e daí é quando o paciente transporta seus sentimentos.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Primeiro que a demanda do serviço, do nosso que é a triagem é muito grande pra você fazer a contra referência. Você tem escrever uma carta na verdade, tudo atrás da ficha que foi a referência, pra mandar para o serviço que enviou e muitas não dá tempo de escrever, tem muito paciente. Outra coisa, as vezes, é preguiça também. Eu acho que as vezes, a gente acostumou com aquele jeito e não muda² e eu acho que é mais isso, e as vezes de que isso é importante

para o paciente por que ele vai voltar para outro serviço, sem ter a informação do que foi feito aqui e quando chega lá não vai poder andamento no que ele precisaria.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Ah eu acho que é importante que o serviço de referência e contra referência seja bem feito, pelo bem do paciente inclusive, não só pelo bem do funcionamento e tudo, mas pra que se consiga dar andamento mesmo no tratamento do paciente³.

A CONTRA REFERÊNCIA É FEITA SÓ NA TRIAGEM?

Aqui? Mais na triagem. Porque mais pacientes entram do que sai aqui. Eles...é difícil a gente ter paciente com alta. Quando tem alta, geralmente a gente tem que, são menos vezes que a gente faz cartinha encaminhando o papel de contra referência preenchido, geralmente não dá⁴.

DEPOIMENTO 2

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

No papel da triagem você diz. É o sistema que quando, praticamente né, quando o paciente é encaminhado para um serviço ele pede uma solicitação de um especialista, aí a gente faz o primeiro atendimento. E a contra-referência é quando você devolve para o encaminhador as condutas, o que vai ser acompanhado, como ele deve tratar também aquele caso, para um acompanhamento conjunto daquele paciente¹.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Acho que é pelo excesso de demanda do serviço, quando você vai fazer uma triagem....uma coisa é o mundo real, é o mundo... e outra coisa é o mundo onde tudo é correto. Se a gente fosse fazer uma triagem e o médico tivesse sendo bem pago, que atende um paciente a cada 20 minutos, né, que é o que é preconizado, e depois você vai fazer um atendimento, fazer uma carta. Agora, o que acontece no Brasil, você pega um, hospital terciário, põe 60 pacientes para você atender em 4 horas, aí você, ou você responde pro médico ou você atende os 60 pacientes, aí não dá pra fazer carta pra todo mundo².

A CONTRA REFERÊNCIA É FEITA SÓ NA TRIAGEM?

Acho que no ambulatório é mais feita a contra-referência do que na triagem. Porque muitos pacientes quando ele tem alguma comorbidade clínica que

interferem no tratamento, a gente costuma fazer carta pra ele levar. A gente sempre orienta o paciente a ser acompanhado também no posto de saúde, não só aqui. A gente... às vezes tem paciente e por neoplasia de próstata, né, e esses pacientes....é feito o tratamento da neoplasia dele aqui e o resto das comorbidades clínicas, às vezes até auxílio medicamentoso a gente escreve para o médico que acompanha no posto de saúde para ter um acompanhamento mais de perto desse paciente³, que muitas vezes não é da região, né, não tem como agente fazer.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Muitas vezes, encaminhamos os pacientes que vem com a cartinha para o posto de saúde e orientamos né, o médico acompanhar e a fazer exame de toque retal e PSA pelo menos uma vez ao ano⁴. Porque, não sei quem fala pros pacientes que o médico do posto não pode fazer exame de toque. Então, a gente orienta porque quase 100% dos homens vem com hiperplasia prostática e não faz sentido, né, fazer esse trabalho aqui.

DEPOIMENTO 3

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Então, na minha vivência, referência e contra-referência é um... a saúde pública ela manda pros centros de especialidades, especializados, né. A referência que é a dependente da nossa DIR, vem encaminhamento pra UNESP e a gente recebe. E a contra-referência a gente reencaminha ele pro setor de serviço, é isso que eu entendo. Vem com anexo, tem impresso próprio. A gente recebe esse paciente, tem a triagem aqui que recebe esse paciente de referência. Outros serviços de ambulatório que também vem com anexos especializados pra isso, vem como referência e o próprio médico ou enfermeira, ele manda como referência, né. A contra-referência a gente pode mandar o paciente como retorno do atendimento que a gente teve.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Eu também li sobre isso. É, pra mim, pra funcionar um serviço você, vê o, na rede pública ele atende esses pacientes manda para o setor de alta complexidade que eles não tem capacidade, manda esse paciente, ele faz todo o tratamento e a gente devolve esse paciente, seria assim¹. Mas, eu também li, de autores, que não tem essa contra-referência e só que a gente não pode mandar esse paciente de volta, só vem pra cá, ou a gente manda... não tem como voltar o paciente. Mas, para mim, no meu entender, para funcionar um serviço, o paciente viria para a nossa referência e depois que ele fizesse todo o

tratamento ele receberia alta desse ambulatório ou do nosso serviço e voltaria a fazer o tratamento no centro de referência da cidade, por causa do tipo de atendimento que não tem nesse serviço. Pra mim, eu entenderia que funcionaria isso. A gente ficaria com o paciente até ele fazer o tratamento de alta complexidade, que a gente tem mais recurso, e depois devolveria esse paciente pra ele dar continuidade ao tratamento na cidade dele. No atendimento de enfermagem eu não consigo fazer a contra-referência. Eu recebo os pacientes, mas na hora de devolver, a rede pública não aceita². Então, por exemplo, eu recebo esse paciente, dou toda a minha assistência, dou meu treinamento, e quando eu vou devolver na rede pública, a rede pública não recebe esse paciente e fala que tem que continuar no setor de alta complexidade. Alguns serviços que eu já liguei, dizem que eles não tem recurso pra dar continuidade ao tratamento desse paciente porque, geralmente, eles saem com uma conduta onde muitos são dependentes de materiais, tipo uma sonda. O serviço não consegue dar ou não tem produto para fazer curativo que a gente referencia. Então, eles não conseguem, né, dependendo do município, é muito difícil de assumir de volta, então, eles mandam o paciente pra mim, mas quando eu vou mandar com a minha conduta eles não pegam de volta, tenho muita dificuldade³.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Não, acho que eu falei sobre..., acho que eu dei minha opinião e a minha experiência que aconteceram nesses anos que eu estou no ambulatório.

DEPOIMENTO 4

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Assim, a referência é os pacientes que vem do SUS, né, os pacientes que vem pro hospital e no caso da minha profissão, eles não vem direto pra mim, eles vem pra otorrino, triagem da otorrino e a otorrino encaminha pra cá¹. Aí, seja pra audiometria, pra terapia, pro que for, passa tudo pela otorrino. Do nosso serviço pra fora a gente sempre encaminha, assim, quando avalia uma criança, por exemplo, e que ela precisa de fonoterapia e não tem mais vaga, que a gente não tem condições de ..., porque precisa ser uma vez por semana pelo menos e a gente não tem mais como dar conta disso, aí a gente encaminha ou pro posto de saúde mais próximo ou pra cidade de origem ou manda cartinha, então encaminha nestes casos.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Até consigo fazer a contra-referência². A gente tem conseguido. Até uns anos atrás, era muito difícil porque não tinha fono, é, fonoaudióloga, né, não tinha em postos de saúde e em outras instituições, não tinha tanto. Então, se mandasse para uma cidade próxima, pequenininha, às vezes não tinha fono no posto, aí era difícil. A gente tinha que ficar com o paciente. Agora tem. Até que a gente tem conseguido sim, passar para os postos de saúde melhorou³.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Não, só assim, a questão do teste da orelhinha, esses chegam direto pra gente. Então, esses nem passam pela triagem da otorrino, como é um exame que agora vai ser universal, vai ser obrigatório, tem vindo pacientes de outros hospitais, de outras unidades e aí é agendado direto, né, esses vem direto⁴.

DEPOIMENTO 5

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Tá, o que eu entendo é que o sistema público de saúde no Brasil, ele é hierarquizado, então, começa com sistema primário, secundário e terciário, onde todos os indivíduos deveriam iniciar a busca pelo serviço de saúde pelo setor primário, serviço primário; a unidade básica de saúde, posto de saúde mais próximo de sua casa. Daí, então, ele seria então, encaminhado para um serviço secundário ou terciário de acordo com sua necessidade, para avaliação do especialista. Essa é a referência que o médico que acompanha ele deveria fazer para seguir o paciente mais de perto e faria na necessidade de buscar ajuda de um especialista. Então, ele referencia para o especialista. Então, o especialista deveria contra-referenciar é... pro serviço primário dando parecer, dando as informações que julgar necessário¹ e se ele julgar que deve manter também o acompanhamento do paciente, que mantenha, mas que não esqueça que o médico que enviou ou encaminhou é... também deve acompanhar o paciente na unidade básica de saúde.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

O que a gente sente é que realmente é isso mesmo, que acaba não existindo porque muitas vezes poderia ser acompanhado no serviço de saúde, é... primário e acaba não contra-referenciando e mesmo quando, assim, pode

acabar dando alta do paciente e esquecendo de devolver, isso acontece muito². Agora, quando o setor secundário assume o paciente, o setor especializado assume o paciente que poderia ser acompanhado no setor primário, também envolve outras coisas. Às vezes, dificuldade de acessar um..., do médico da unidade básica de saúde ter um determinado exame que o médico especialista tem como proporcionar ao paciente num hospital especializado, num serviço especializado, pra essa coisas que o médico da unidade básica não tem como acessar e acaba sobrecarregando o serviço secundário e terciário³.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Não

DEPOIMENTO 6

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

É, eu entendo que referência é o encaminhamento do paciente, né, para o nível de complexidade de acordo com a necessidade do seu tratamento, entendeu? No SUS temos o nível primário, que são as UBS e PSF, o nível secundário, que também tem os ambulatórios de especialidades e o terciário, né, nível terciário que são os hospitais como o nosso. Por exemplo: a UBS encaminha um paciente assim..., é..., para uma avaliação no ambulatório de especialidade e esse paciente retorna a essa UBS que continuará a acompanhá-lo após alta do ambulatório¹.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Acho que o funcionamento desse sistema, o de referência e contra-referência, ainda é muito precário. Os pacientes são encaminhados para outro nível sim, só que de forma, muitas vezes informal², né? Muitas vezes nós fazemos o contato telefônico entre profissionais e as informações acabam se perdendo e o paciente, às vezes, fica perdido também³.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

O sistema de referência e contra-referência é essencial para que a atenção à saúde, né, assim..., tenha qualidade e resolubilidade. É também um segmento

do paciente do paciente em todos os níveis de acordo com sua necessidade de tratamento, né? Com esse sistema também, a gente pode garantir a integralidade do atendimento⁴ que é um dos princípios do SUS, né.

DEPOIMENTO 7

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Bom, eu entendo que a referência é quando os pacientes são encaminhados pra gente, né. E contra-referência, os pacientes atendidos aqui, na nossa.., no hospital, se existir o serviço em outra, na cidade de origem, eu devo encaminhar esses pacientes para a cidade de origem¹, é isso que eu entendo.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

A maior dificuldade que eu vejo, não sei se eu entendo exatamente o processo, mas é a falta de profissional na área, na cidade de origem, é isso. Acho que eu to explicando direito. Acho que a maior dificuldade é essa. Porque quando tem profissional da área, a gente mantém o paciente com uma supervisão, assim NE, marca retornos mais longos só pra saber se ele está tendo o acompanhamento na cidade de origem. Caso contrário, se ele não estiver, nós tentamos entrar em contato, mandando carta né, de orientação². Caso contrário, traz pra cá se ele tiver com risco, no caso, risco nutricional. E se não tiver o serviço no município, aí eu mantenho o paciente aqui, não dou alta, até recuperar o estado nutricional desse paciente. Eu consigo dar alta³. Quando eu consigo dar alta eu dou. Hoje mesmo eu dei alta, mas era um paciente de Botucatu. Mesmo sendo um paciente de outra cidade, se ele estiver bem eu dou alta. Quem não tiver o serviço na cidade, eles falam e são encaminhados pra cá. E os que tem na cidade passa a acompanhar na própria cidade.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Não

DEPOIMENTO 8

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Referência é mandar o paciente para um serviço onde existe um trabalho que você não possa fazer e contra-referência é chegar nesse serviço ou em qualquer outro lugar e mandar o paciente de volta dizendo o que foi feito ou o que vai fazer com ele¹.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Aqui, mais na ginecologia eu não vejo muito a contra-referência, mas na obstetrícia a gente faz, a gente responde a contra-referência ou avisando que o caso vai ficar com a gente, que a gente vai dar segmento ou dando orientação pra continuar o tratamento no serviço de saúde de origem². No ambulatório é mais diferente, porque só chegam os pacientes que são encaminhados aqui. Acho que é mais na triagem que dá pra fazer contra-referência, porque chegam esses casos, que são os anexos, as referências. Os pacientes que são internados, né, quando estão no pós-operatório, a gente acaba pedindo pra retornar aqui mesmo para avaliar e tirar o ponto. Na obstetrícia, como geralmente é mais tranquilo os casos, a gente manda para o posto de saúde de origem com uma cartinha³. Na obstetrícia acontece também de vir referência das pacientes adolescentes ou muito mais velhas porque desejam realizar o pré – natal aqui. E o médico ainda preenche no anexo 1 que a paciente tem

vontade de fazer o acompanhamento na Unesp. Ai né a gente devolve o
paciente⁴.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Não

DEPOIMENTO 9

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Eu acho que a referência é quando encaminham um paciente pra gente e contra-referência é quando a gente devolve esse paciente. É um sistema que serve tanto para o médico que encaminha, quanto pro médico que vai atender, é, pra onde vai ser encaminhado. É uma forma de encaminhamento que serve pros 2 médicos saberem do quadro do paciente¹.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Então, a contra-referência a gente não...é, normalmente a gente não preenche mesmo, principalmente aquelas pacientes que vão ficar no nosso serviço, né, que a gente vai acompanhar. A gente não dá a resposta pro médico da unidade básica². Mas, em alguns casos, principalmente na obstetrícia, a gente escreve o que a gente fez, o que ficou resolvido pro médico da unidade básica ficar sabendo também³. Em geral, então, a gente não precisa, daí a gente geralmente não vai assumir porque não precisa. Daí a gente geralmente escreve pro médico da unidade básica.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Teoricamente eu acho que é um sistema muito válido, né. Eu acho que mais pro médico que está na unidade básica, principalmente pra aqueles postos de

saúde da família, do que pra gente⁴. Mas, eu acho bastante válido pra eles porque ficam sabendo o que aconteceu aqui.

DEPOIMENTO 10

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Referência e contra-referência? Bom, o serviço de referência é um serviço que tem, primeiramente uma disponibilidade de aceitação dos pacientes, né, então eu entendo como uma unidade que seja referência para a região e que tenha pesquisas e foque em determinados aspectos patológicos, determinadas patologias que tem ênfase em alguma especificidade. A contra-referência é, talvez, o fato da gente reencaminhar, por exemplo, um paciente que nós iniciamos um tratamento aqui¹ a e aí encaminhar pra um tratamento de base, fora.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Nós temos aqui, essa contra-referência, no caso do paciente de obesidade mórbida, né, assim, estão na fila para a cirurgia bariátrica. Nós iniciamos o atendimento aqui e como é um grupo de pacientes onde o tratamento é longo, o período de acompanhamento deles é grande e o tempo de acompanhamento também requer uma estrutura muito grande, nós devolvemos esse paciente ao serviço básico de saúde, a unidade básica de saúde, para que façam esse tratamento lá². E muitas vezes esse paciente não aceita essa devolução, né, esse retorno para a UBS até porque se ele entra num hospital, num serviço de referência ele se sente muito mais amparado em certos aspectos, é isso que

eu vejo em nossos pacientes, então, eles tem mais dificuldades para serem atendidos nesses serviços, nessas UBS. Acho que, pela própria estrutura³ e pelo fato desses pacientes realmente não aceitarem o retorno para as UBS e pra depois, pra posteriormente serem trazidos novamente pra cá. Agora, por que isso ocorre, acho que mais talvez pela estrutura das unidades básicas, que são mais precárias em termos de número de profissionais, estrutura física, que é menor, então, incapacita o profissional de atender um número grande de pacientes⁴ como a gente tem aqui na UNESP e também o próprio estudo de cada patologia né. Então, é uma coisa mais generalizada, diferentemente do que a gente tem num hospital de assistência terciária, que pessoas e grupos se empenham em pequenas partes, sub doenças, sub patologias, que vão melhorar, de certa forma, o tratamento do paciente, de um modo geral.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Não, acho que é mais a cultura mesmo, né, de fora. Embora a gente tenha uma estrutura que não, até de certa forma, não incapacite de atender a demanda tão grande que a gente tem. Então no hospital, a estrutura nos cabe, dá pra atender uma demanda até razoável, embora não da maneira que seja o ideal. Mas esse retorno do paciente para a unidade básica, acaba prejudicando o tratamento, de certa forma, eu acho que até mais pelo paciente não aceitar isso⁵, do que pela unidade não aceitar ou até mesmo porque a unidade não tem a estrutura para manter esse paciente num tratamento mais específico, mais detalhado, que a gente tente fazer aqui.

DEPOIMENTO 11

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Ah... é a questão do fluxo de atendimento dentro do centro de saúde, do encaminhamento dentro das diversas especialidades e/ou dentro de uma mesma, mas com os diversos níveis de atenção em saúde. A contra-referência acho que é quando faz a devolução desse paciente para a cidade ou unidade básica de origem¹.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

É.. é acho que é difícil mesmo. Às vezes inexistente, porque a gente não conversa. Fica difícil você voltar, né pra quem fez o encaminhamento, acho que... Porque até os próprios mecanismos dentro da Instituição não facilita muito o diálogo². As vezes a gente vê que recebe um encaminhamento e quando você vai responder por interconsulta a gente responde depois só por escrito³. Nem sempre o outro tem essa devolução e ele acaba voltando pro lugar de onde veio. E dentro da, dos diversos níveis, se a gente for pensar na atenção básica de lá pra cá , e tal, também. A gente acaba ou encaminhando só e / ou não tem essa volta. Acho que é falta de diálogo mesmo. No serviço de psicologia a gente tentou diminuir isso fazendo reuniões com a equipe de saúde mental do município, tentando fazer essas reuniões pelo menos uma vez por mês. A gente não... fazer o encaminhamento por escrito, mas discutir os

casos que a gente tem da cidade de Botucatu e que são pertencentes originalmente aquele núcleo⁴, né, do seu local de atenção. Então, a gente tem tentado diminuir isso e melhorou muito. Já faz uns seis meses que a gente ta fazendo essas reuniões. De lá pra cá melhorou muito, porque antes a gente recebia muito encaminhamento, assim, que as vezes nem justificava vir pra esse nível de atenção⁵,né. E acho que a gente acabava encaminhando também com um outro propósito, as vezes, para um psicoterapia que o posto não vai dar conta⁶, na unidade básica. E agora, depois dessas reuniões, melhorou muito.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Não

DEPOIMENTO 12

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Bom, em sistema de saúde, referência é o local onde a pessoa, enquanto paciente, entende que é o lugar onde ela possa buscar ajuda para os problemas de saúde dela. Então, é onde ela vai encontrar profissionais que tenham conhecimento, que vão poder ajudá-la dentro do que ela precisa. Contra-referência é... eu não sei muito, mas seria você fazer, tentar fazer, esse caminho com o paciente pra ele procurar uma unidade mais próxima da onde ele mora, que tenha o serviço que possa atendê-lo diante do que ele precisa. Então é você fazer o paciente voltar pro lugar mais próximo da onde ele mora¹, né.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Bom, assim, eu tenho a experiência de trabalhar aqui há mais tempo e eu acho que aqui, não sei como é em outros lugares, mas aqui eu acho que a gente tem algumas situações que são particulares. A impressão que eu tenho é que é assim, São Rubião trata tudo, então é muito difícil o paciente apostar que ele vai ter um atendimento bom, de qualidade na cidade dele. Muitas vezes, isso que ele traz é uma verdade, porque a gente sabe que muitas cidades não tem nenhuma infra-estrutura ou mesmo na nossa cidade, em Botucatu. Eu acho que é muito falho. Algumas coisas, assim, alguns atendimentos básicos que

deveriam funcionar bem e aí, eu acho que dentro dessa cultura é difícil você fazer o paciente pensar que ele pode ser tratado no posto de saúde daquele problema, né. Então, assim, eu atendo bastante psicoterapia e aí meus pacientes, muitos deles se tratam aqui em Rubião, em outros ambulatórios e são encaminhados para a terapia, então, eles tem, por exemplo, um problema de enxaqueca, eles se tratam na gastro, por exemplo, eles não conseguem procurar um posto de saúde². Eles acham que tem que ir no pronto socorro e que tem que ser o médico dele que tem que vir aqui. Então, e aí quando a gente passa essa explicação, pra eles é muito difícil. Porque também pra eles é difícil entender que eles vão ter vários médicos, né. Eu acho que isso também é uma coisa problemática, porque assim, a própria questão de não ter vínculo, não saber quem que é. Aqui eles sabem, porque é o mesmo especialista, por mais que troque o residente, é o mesmo docente, o mesmo ambulatório. Então, acho que é por isso que eles acabam vindo pra cá. Como psicologia, eu vejo uma coisa desse tipo também, porque como troca mais em posto de saúde³, mudam mais as políticas de saúde municipais, né, porque as vezes, a psicóloga ta em uma posto e na semana que vem não ta mais, e troca e faz isso. Então, aqui eles vem e tem uma crença de que o atendimento aqui é melhor. Eu não sei se ele é realmente melhor. Eu acho que em alguns aspectos pode ser que sim, mas eu acho que em alguns momentos é muito do imaginário do paciente⁴ que dessa coisa, que Rubião, que aqui vai tratar tudo. Então, é essa a impressão que eu tenho. E quando a gente tenta encaminhar assim, na psicologia por ex pro posto de saúde, aí eles trazem alguma queixa muito absurda do profissional, que o psicólogo fez isso, que o psicólogo vai trabalhar alcoolizado. Coisas que aí você fica muito amarrado, com muitas

dificuldades de encaminhar a pessoa pro...pra cidade de origem mesmo, porque você não sabe se é uma queixa real do paciente, porque pode ser que seja verdade ou se ele tá jogando aquilo, mas como é que você vai saber? E aí você fica meio amarrada as vezes, fica muito difícil. O que acaba forçando a gente a encaminhar é porque não tem vaga. Então, você fala, bom por mais que possa ser difícil lá ele vai ter vaga e aqui vai ficar na fila de espera⁵. Então, assim muito paciente sai fazendo bico né, com a sensação de que você não quis atender, então é um desafio fazer a contra-referência, eu acho.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Ai, eu acho que tem muita pertinência esse tema. Eu acho que é uma coisa muito difícil mesmo de fazer a contra-referência porque a gente não tem mesmo segurança pra encaminhar o paciente e muitas vezes não tem pra onde. A gente vê, por exemplo, as prefeituras, apesar de todas as mudanças de política de saúde que tá tendo no hospital hoje por causa da autarquização, por causa de um monte de coisas e que tem que priorizar o atendimento mais grave, todo dia você vê ônibus de Itatinga, por ex, despejando paciente, né, tem uma unha encravada vem pro PS. Eu gostaria muito de poder ouvir que, por ex., de pacientes de São Manuel que é uma cidade que não tem nada, o paciente não vai mais precisar vir aqui porque tem psicóloga no posto, porque tem médico. Eu gostaria muito de conseguir fazer isso⁶.

DEPOIMENTO 13

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Bom, referência é quando o médico ou algum outro profissional encaminha o paciente pra ser avaliado e contra-referência é quando a gente escreve, assim, o que a gente achou e encaminha de novo pro primeiro médico ou outro profissional.¹

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Ela praticamente inexiste pelo menos aqui no nosso serviço, porque a gente não tem tempo de fazer a contra-referência. Não é uma coisa muito cobrada², então, ela inexiste por causa disso. É da nossa parte para os outros lugares, não tenho tempo de fazer a contra-referência. E o hospital por ser um hospital de referência em muitos serviços, a demanda fica muito grande³ e é na ... assim....na triagem que a gente deveria realizar a contra-referência e a gente acaba devolvendo o paciente sem o médico ou outro profissional que encaminhou ter uma resposta. Então, o médico que encaminhou tem que perguntar pro paciente e muitas vezes o paciente não sabe responder.⁴

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Acho que se a gente conseguisse realizar a contra-referência, a gente diminuiria o número de pacientes que estão aqui, sem necessidade.⁵

DEPOIMENTO 14

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Pra mim, referência é quando o paciente, ele vem pro serviço e já teve um atendimento médico em algum lugar e esse paciente vem endereçado à especialidade, pra uma coisa específica. Aí a contra-referência é quando eu falo que ele foi avaliado, passou por uma avaliação ou exame, alguma coisa assim, e devolve ele pro serviço de origem com a conduta que...assim... dava pra resolver aqui. Então, eu vou encaminhar pro posto de saúde um paciente que não precisa de cuidados terciários. Se eles conseguem cuidar do paciente lá, pra mim aquilo lá é contra-referência. Agora, se eles não conseguem, o paciente fica aqui e não faz a contra-referência. A gente manda só um relatório, um parecer, alguma coisa assim.

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Olha, a gente vê isso mais na triagem¹. Nossa, na triagem a gente tem bastante. A gente faz a contra-referência, na verdade quando a gente vai devolver o paciente, porque quando ele fica aqui muitas vezes a gente não faz. Eu acho que é mais.... não sei se a gente esquece ou a gente não é orientado, se é falta de ensino, não sei. Agora, quando eles estão na enfermaria e a gente vai dar alta pro nosso ambulatório, geralmente eles vão com o resumo de alta, que eles podem também levar pro posto de saúde, só que eu não entendo isso

como contra-referência, porque a gente não passa o paciente direto pro posto, né? Agora, quando eu faço um encaminhamento pro posto eu faço a contra-referência, anoto tudo, as condutas, o que foi feito, exames² e tal. E acho que a gente não faz do jeito que tem que ser feito porque não dá tempo.³

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Ai, sim. Que o papelzinho que vem pra gente é muito ruim. Aquele papel o anexo 1 é muito ruim. Primeiro porque não tem espaço pra gente escrever as coisas direito. Segundo porque as informações não são muito adequadas,⁴ eu acho. E eu não sei se os pacientes levam esse anexo para os médicos, acho que eles perdem, porque os pacientes são tão simples que não entregam, perdem. As poucas vezes que a gente faz, eu acho que eles esquecem. Porque já saem com a conduta tomada⁵, as coisas feitas e as vezes eles esquecem. Eu acho isso. E então é isso. Eu vejo acontecer a contra-referência mais na triagem, porque tem uma docente que cobra mais e exige que faça⁶. Por exemplo: quando um paciente é encaminhado pelo posto de saúde para nós e não tem exames realizados e a queixa não é muito clara, esse paciente é devolvido com uma cartinha explicando os exames que deverão ser realizados no posto e quando não há necessidade do tratamento ser num hospital universitário.

DEPOIMENTO 15

BASEADO EM SUA VIVÊNCIA, O QUE VOCÊ ENTENDE POR REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA?

Então, a referência é quando... é... um serviço de saúde primário ou secundário, pede uma avaliação de uma especialidade prum outro serviço sobre um determinado paciente E a contra-referência é quando você devolve o que foi feito naquele serviço de origem, é..... pra aquele serviço que foi encaminhado, quer dizer, pro serviço de origem, dando as informações, dizendo o que foi feito, que foi pensado. Pra trabalhar uma comunicação entre eles.¹

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE A CONTRA-REFERÊNCIA PRATICAMENTE INEXISTE. COMO VOCÊ PERCEBE ESSA PROBLEMÁTICA? A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSE FENÔMENO?

Olha, eu acho que realmente não é muito feita a contra-referência. A gente trabalha em pronto socorro e a gente sabe que muitas vezes vem caso de UBS pedindo avaliação e são poucos os profissionais que, após avaliação, mandam a contra-referência, falam o que foi feito, o que foi pensado, tudo. Realmente é um problema que existe e acho que é um problema importante porque querendo ou não, o médico que está pedindo a avaliação, geralmente é o médico que segue o paciente não visão só vertical, mas na visão horizontal também. É um segmento há mais tempo, porque o paciente está inserido, então, teoricamente, hã, teoricamente não, na verdade teria que ter essa informação do que foi feito com o paciente². É.... a que eu atribuo esse

fenômeno? Eu acho que para as pessoas que não fazem a contra-referência, elas não sabem a importância que isso tem. Acho que é por isso que não é feito³, eu acho isso. Eu mesmo, as vezes faço. Quando ta muito corrido eu não consigo fazer, mas assim, geralmente, a gente tenta quando vem com aquela carta de encaminhamento certinha tudo e aí a gente faz. Agora, as vezes, é uma consulta que o paciente fica lá o dia todo, passa de um plantonista para o outro e tal e daí a gente passa que esse paciente veio, aconteceu isso e isso e orienta o plantonista que precisa checar o exame dele e esquece de falar pra fazer a contra-referência⁴. Mas, enfim, na medida do possível a gente tenta fazer.

VOCÊ QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

Olha, eu acho que é uma coisa que tinha que ser mais conscientizada e, infelizmente, eu acho que no meio assim que a gente vive, até de população, falando como Brasil mesmo, as coisas né, algumas coisas funcionam quando são impostas mesmo. Então, eu acho que talvez precisasse ter uma imposição ou até uma conscientização do paciente dizendo que tem que trazer o papel de volta pro posto preenchido, tudo, pra ser um meio de cobrança do médico. O paciente vai e cobra. Porque, infelizmente, depender da boa vontade dos médicos acho que não vai adiantar⁵. Um exemplo que acontece aqui na enfermaria mesmo. A gente divide em 3, ala A, B e C. Na enfermaria A e B a gente é obrigado a fazer a contra-referência quando necessário e, principalmente, preencher a resumo de alta, porque o docente obriga. Agora, na enfermaria C ninguém faz, porque as especialidades não cobram que isso seja feito⁶. Por isso eu falo que algumas coisas devem ser impostas.

8.5 ANEXO 5 – QUADRO ANALÍTICO

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 01

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) quando o nível de complexidade menor vai mandar o paciente para o nível de complexidade maior (...) posto de saúde primário mandaria para um secundário (...) contra-referência (...) quando nós já resolvemos o caso e precisa de uma complexidade menor e volta para o serviço que o referenciou (...) mandaria uma outra carta.		Referência é o encaminhamento do paciente de um nível de menor complexidade para um nível de maior complexidade. Contra-referência é quando o caso do paciente foi resolvido, sendo devolvido á unidade que realizou a referência.	01.01 Referência é o encaminhamento do paciente para um nível de maior complexidade. Contra-referência é a devolução do paciente com o caso resolvido.
02. (...) a demanda do serviço (...) a <u>triagem</u> é muito grande pra você fazer a contra-referência. Você tem que escrever uma carta na verdade, tudo atrás da <u>ficha</u> que foi a referência, pra mandar para o serviço que enviou e muitas não dá tempo de escrever, tem muito paciente. Outra coisa (...) é	Triagem= tipo de atendimento de nível terciário realizado por especialista, que definirá se o paciente será contra-referenciado para a unidade de origem ou permanecerá em atendimento no nível terciário.	A triagem tem uma demanda muito grande, o que impossibilita a realização da contra-referência, uma vez que o profissional deve relatar todo o atendimento prestado ao paciente. A realização da contra-referência também é prejudicada pela preguiça do	01.02 Devido à demanda excessiva na triagem, a contra-referência não é realizada. Há também a preguiça e o costume em não realizá-la.

preguiça também (...) a gente acostumou com aquele jeito e não muda.		profissional que já acostumou a não realizá-la.	
03. (...) é importante para o paciente porque ele vai voltar para outro serviço, sem ter a informação do que foi feito aqui e quando chega lá não vai poder dar <u>andamento</u> no que ele precisaria. (...) é importante que o serviço de referência e contra-referência seja bem feito (...) pra que se consiga dar <u>andamento</u> no tratamento do paciente.	Andamento=seguimento no tratamento.	A contra-referência é importante para informar o serviço responsável pelo encaminhamento o que foi feito na unidade, para dar seguimento ao tratamento do paciente.	01.03 A contra-referência é importante para informar o serviço responsável pelo encaminhamento o que foi feito na unidade, para dar seguimento ao tratamento do paciente.
04. (...) mais pacientes entram do que sai aqui (...) é difícil a gente ter paciente com alta. Quando tem alta (...) são menos vezes que a gente faz cartinha encaminhando o papel de contra-referência preenchido, geralmente não dá.		É difícil o paciente ter alta e quando tem, nem todos tem a contra-referência preenchida.	01.04 É difícil o paciente ter alta e quando tem, nem todos tem a contra-referência preenchida.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 02

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) quando o paciente é encaminhado para um serviço (...) pede uma solicitação de um especialista (...). E a contra-referência é quando você devolve para o <u>encaminhador</u> as condutas (...) como ele deve tratar também aquele caso, para um acompanhamento conjunto daquele paciente.	Encaminhador = profissional responsável pela realização da Referência.	Referência é quando o paciente é encaminhado para avaliação de um especialista. Contra-referência é a devolutiva do paciente à unidade que o encaminhou, com as condutas definidas para acompanhamento conjunto.	02.01 Referência é quando o paciente é encaminhado para avaliação de um especialista. Contra-referência é a devolutiva do paciente à unidade que o encaminhou, com as condutas definidas para acompanhamento conjunto
02. (...) excesso de demanda do serviço (...). Se a gente fosse fazer uma <u>triagem</u> e o médico (...) atende um paciente a cada 20 minutos (...) depois você vai fazer um atendimento, fazer uma <u>carta</u> . (...) você pega um hospital terciário põe 60 pacientes para você atender em 4 horas (...) ou você responde pro médico ou você atende os 60 pacientes, aí não dá pra fazer	Triagem= tipo de atendimento de nível terciário realizado por especialista, que definirá se o paciente será contra-referenciado para a unidade de origem ou permanecerá em atendimento no nível terciário Carta = descrição do atendimento realizado ao paciente.	A carta de encaminhamento seria facilmente realizada se o médico conseguisse realizar a consulta de triagem em tempo ideal, porém, a demanda de atendimento é muito grande não sendo possível realizá-la.	02.02 O excesso na demanda de pacientes acarreta na não realização da contra-referência para todos os atendimentos.

<u>carta</u> pra todo mundo.			
03. (...) no ambulatório é mais feita a contra-referência do que na triagem (...) pacientes quando tem alguma <u>comorbidade clínica</u> que interferem no tratamento, a gente costuma fazer carta pra ele levar. (...) às vezes até auxílio medicamentoso a gente escreve para o médico que acompanha no posto de saúde para ter um acompanhamento mais de perto desse paciente.	Comorbidade clínica = patologias associadas ao problema que originou o encaminhamento.	A contra-referência é mais realizada no ambulatório, onde os pacientes com comorbidade clínica são acompanhados no posto de saúde e, muitas vezes, o médico encaminha até a necessidade de auxílio medicamentoso do paciente.	02.03 Os pacientes que apresentam comorbidades clínicas que interferem no tratamento tem a contra-referência realizada.
04. <u>A gente</u> sempre orienta o paciente a ser acompanhado também no posto de saúde	A gente = profissional do Hospital das Clínicas	Os pacientes são orientados a manter seu tratamento no posto de saúde	02.04 O paciente recebe orientação para realizar acompanhamento no posto de saúde.
05. (...) encaminhamos os pacientes (...) e orientamos o médico acompanhar e a fazer exame de toque retal e <u>PSA</u> pelo menos uma vez ao ano.	PSA = exame laboratorial – Prova do Antígeno Prostático.	Os pacientes são encaminhados e o médico do posto de saúde é orientado a acompanhar e realizar exame de toque retal e PSA uma vez ao ano.	02.05 Os médicos que realizam a referência são orientados a realizar exames na unidade básica.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 03

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) a saúde pública ela manda pros centros de especialidades (...). A referência (...) vem encaminhamento pra Unesp (...). E a contra-referência a gente reencaminha ele pro <u>setor de serviço</u> (...). Vem com anexo, tem impresso próprio. (...) o próprio médico ou enfermeira, manda como referência. A contra-referência a gente pode mandar o paciente como retorno do atendimento que a gente teve. (...) pra funcionar um serviço (...) rede pública ele atende esses pacientes manda para o setor de alta complexidade (...) faz todo o tratamento e a gente devolve esse paciente, seria assim.	Setor de serviço = unidade que encaminhou o paciente para a Unesp.	A saúde pública encaminha os pacientes à Unesp, pois é um centro de especialidades. A contra-referência é o encaminhamento do paciente ao setor que o encaminhou. Esses pacientes vem com impresso próprio, encaminhado pelo médico ou enfermeiro e deveriam ser devolvidos com a explicação do atendimento oferecido a eles.	03.01 A referência é realizada pela saúde pública dos municípios e encaminha para a UNESP. A contra-referência é a devolução do paciente para a unidade de origem.
02. (...) não tem essa contra-referência (...) não pode	Rede pública = Unidade	Não há realização de contra-referência no atendimento de	03.02 A enfermagem não consegue realizar a contra-

mandar esse paciente de volta (...). No atendimento de enfermagem eu não consigo fazer a contra-referência. Eu recebo os pacientes, mas na hora de devolver, a <u>rede pública</u> não aceita.	Básica de Saúde (UBS)	enfermagem. A enfermagem recebe o paciente e quando vai realizar a contra-referência a rede pública na aceita.	referência do paciente devido a não aceitação da rede pública.
03. <u>Alguns serviços</u> (...) dizem que eles não tem recurso pra dar continuidade ao tratamento (...) eles saem com uma conduta onde muitos são dependentes de materiais, tipo uma sonda. O serviço não consegue dar ou não tem produto para fazer curativo (...) dependendo do município, é muito difícil de assumir de volta (...) tenho muita dificuldade.	Alguns serviços = alguns municípios	Alguns serviços dizem que não é possível dar continuidade ao tratamento do paciente porque muitos dependem de materiais específicos como sonda e curativos. Em alguns municípios não há disponibilidade destes materiais, gerando muitas dificuldades.	03.03 A continuidade do tratamento dispensado ao paciente não consegue ser efetuada em alguns municípios devido falta de materiais, gerando muitas dificuldades.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 04

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) referência é os pacientes que vem do <u>SUS</u> (...) pro hospital (...) eles não vem direto pra mim, eles vem pra (...) triagem da <u>otorrino</u> e a <u>otorrino</u> encaminha <u>pra cá</u> .	SUS = Sistema Único de Saúde. Otorrino = otorrinolaringologista Pra cá = equipe de fonoaudiologia	Referência é realizada quando os pacientes vem do SUS para o hospital. Primeiramente eles passam pela triagem da otorrino e após são encaminhados para a fonoaudiologia.	04.01 Referência é realizada quando os pacientes vem do SUS para o hospital. Primeiramente eles passam pela triagem da otorrino e após são encaminhados para a fonoaudiologia.
02. Do nosso serviço pra fora a gente sempre encaminha (...) quando avalia uma criança (...) e não tem mais vaga (...) a gente não tem mais como dar conta disso (...) a gente encaminha ou pro posto de saúde mais próximo ou pra cidade de origem (...). Até consigo fazer a contra-referência.		O fonoaudiólogo sempre encaminha os pacientes, principalmente crianças, devido ao número insuficiente de vagas. Com isso, esses profissionais conseguem realizar a contra-referência.	04.02 Os pacientes atendidos pelas fonoaudiólogas tem a contra-referência realizada devido ao número insuficiente de vagas.

03. Até uns anos atrás, era muito difícil porque não tinha <u>fono</u> (...) não tinha em postos de saúde e em outras instituições (...). Agora tem (...) melhorou.	Fono = fonoaudióloga	Há alguns anos, era difícil realizar a contra-referência porque as outras instituições de saúde não possuíam o profissional fonoaudiólogo. Agora tem, portanto, facilitou a realização de contra-referência.	04.03 O fonoaudiólogo está presente nos postos de saúde, melhorando o atendimento, o que não acontecia há alguns anos.
04. (...) a questão do <u>teste da orelhinha</u> (...) esses nem passam pela triagem da otorrino (...) esses vem direto.	Teste da orelhinha = exame realizado para identificar perda auditiva em recém nascidos.	Os pacientes que realizam o exame de teste da orelhinha não vem encaminhado pela triagem; eles vem direto para atendimento fonoaudiológico.	04.04 Pacientes submetidos ao teste da orelhinha são encaminhados diretamente para a fonoaudióloga.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 05

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) o sistema público de saúde no Brasil (...) é hierarquizado (...) onde todos os indivíduos deveriam iniciar a busca (...) pelo (...) setor primário (...) ele seria então, encaminhado para um serviço secundário ou terciário de acordo com sua necessidade, para avaliação do especialista. Essa é a referência. (...) o especialista deveria contra-referenciar pro serviço primário dando parecer (...) informações que julgar necessário.		A referência baseia-se que o sistema público de saúde é hierarquizado e todo paciente deveria iniciar a busca por atendimento no setor primário e somente, se necessário, seria realizado a referência para o setor secundário ou terciário. A contra-referência é quando a especialidade encaminha esse paciente para o serviço primário, informando as condutas tomadas.	05.01 O sistema público de saúde é hierarquizado devendo os atendimentos serem iniciados pelo setor primário, seguindo pelo setor secundário e finalizando no terciário, onde o especialista contra-referencia o paciente informando as condutas tomadas.
02. (...) acaba não contra-referenciando (...) pode acabar dando alta do paciente e esquecendo de devolver (...) acontece muito.		A contra-referência não é realizada porque a equipe médica prescreve a alta do paciente e esquece de devolvê-lo.	05.02 A contra-referência inexistente porque muitas vezes, durante a alta, o médico esquece-se de realizá-la.
03. (...) quando (...) o setor especializado assume o	Setor primário = unidade	O setor especializado ao assumir o paciente que	05.03 O setor secundário e terciário ficam

paciente que poderia ser acompanhado no <u>setor primário</u> (...) envolve outras coisas. (...) o médico especialista tem como proporcionar ao paciente num hospital especializado (...) que o médico da unidade básica não tem como acessar e acaba sobrecarregando o serviço secundário e terciário.	básica de saúde (UBS)	poderia ser acompanhado na UBS gera alguns problemas. O médico especialista tem acesso às tecnologias que a UBS não tem. Isso acaba sobrecarregando o serviço secundário e terciário.	sobrecarregados devido aos recursos que a UBS não possui.
--	------------------------------	--	--

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 06

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) referência é o encaminhamento do paciente (...) para o nível de complexidade de acordo com a necessidade do seu tratamento. No SUS temos o nível primário, que são as UBS e PSF, o nível secundário, que também tem os ambulatórios de especialidades e o terciário (...) que são os hospitais como o nosso. (...) e esse paciente retorna a essa UBS que continuará a acompanhá-lo após alta do ambulatório.		Referência é o encaminhamento do paciente para o nível de complexidade de acordo com seu tratamento. O nível primário é representado pela UBS e PSF, o secundário pelos ambulatórios de especialidades e o terciário por hospitais especializados. O paciente retorna à UBS após alta do ambulatório.	06.01 Referência é o encaminhamento do paciente nos diversos níveis de atendimento. A contra-referência é o retorno à UBS após alta do ambulatório.
02. (...) o funcionamento desse sistema (...) ainda é muito precário. Os pacientes são encaminhados para outro nível sim, só que de forma, muitas vezes informal.		O funcionamento do sistema é muito precário e os pacientes são encaminhados para outro nível de atenção através da informalidade.	06.02 O sistema ainda é muito precário, onde os pacientes são encaminhados a outro nível com informalidade.

03. (...) nós fazemos o contato telefônico entre profissionais e as informações acabam se perdendo e o paciente, às vezes, fica perdido também.		É realizado o contato telefônico entre os profissionais, porém, as informações e os pacientes acabam se perdendo.	06.03 É realizado o contato telefônico entre os profissionais, porém, as informações e os pacientes acabam se perdendo.
04. O sistema de referência e contra-referência é essencial para que a atenção à saúde (...) tenha qualidade e resolubilidade (...) a gente pode garantir a integralidade do atendimento		O sistema de referência e contra-referência é essencial para que a atenção á saúde tenha qualidade e resolubilidade garantindo a integralidade no atendimento.	06.04 A realização do sistema de referência e contra-referência garante a qualidade, resolubilidade e integralidade do atendimento.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA 7

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 07UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. referência é quando os pacientes são encaminhados <u>pra gente</u> (...) contra-referência, os pacientes atendidos aqui (...) no hospital (...) eu devo encaminhar esses pacientes para a cidade de origem.	Pra gente = Hospital das Clínicas (HC)	Referência é o encaminhamento dos pacientes ao HC. Contra-referência é o encaminhamento desses pacientes à cidade de origem.	07.01 Referência é o encaminhamento dos pacientes ao HC. Contra-referência é o encaminhamento desses pacientes à cidade de origem.
02. A maior dificuldade (...) é a falta de profissional na área, na cidade de origem. (...) quando tem profissional da área, a gente mantém o paciente com uma supervisão. Caso contrário (...) nós tentamos entrar em contato, mandando carta de orientação.		A maior dificuldade é a falta de profissional na área, na cidade de origem. Quando há esse profissional o paciente é mantido com supervisão. O profissional tenta entrar em contato por meio de carta de orientação.	07.02 A falta de profissional na área é um dificultador para a realização da contra-referência. Há uma supervisão do paciente e uma tentativa de contato, onde é enviada carta de orientação.
03. Caso contrário, traz <u>pra cá</u> se ele tiver com risco (...) nutricional. (...) se não tiver o	Pra cá = para o HC	Quando não há serviço de nutrição no município, o paciente é encaminhado ao	07.03 Na ausência do serviço de nutrição no município, o paciente mantém seu

serviço no município, eu mantenho o paciente aqui, não dou alta, até recuperar o estado nutricional desse paciente. Eu consigo dar alta.		HC, onde permanece até recuperação de seu estado nutricional com conseqüente alta.	tratamento no HC até recuperação e alta.
--	--	--	--

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 08

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. Referência é mandar o paciente para um serviço onde existe um trabalho que você não possa fazer e contra-referência é chegar nesse serviço ou em qualquer outro lugar e mandar o paciente de volta dizendo o que foi feito ou o que vai fazer com ele.		Referência é o encaminhamento do paciente de um local onde há dificuldade na realização de alguma assistência. A contra-referência é a devolução desse paciente com a descrição do tratamento dispensado a ele.	08.01 Referência é o envio do paciente para um serviço que complete seu atendimento. Contra-referência é a devolução do paciente descrevendo o tratamento realizado.
02. (...) na ginecologia eu não vejo muito a contra-referência, mas na obstetrícia a gente faz, a gente responde a contra-referência ou avisando que o caso vai ficar com a gente, que a gente vai dar segmento ou dando orientação pra continuar o tratamento no serviço de saúde de origem.		Na ginecologia a contra-referência não é muito realizada, entretanto, na obstetrícia os profissionais encaminham orientações para manter o tratamento no serviço de origem ou avisando que o paciente permanecerá no HC.	08.02 A contra-referência não é realizada pela ginecologia, porém, a obstetrícia encaminha as orientações ou informa se o tratamento ocorrerá no HC.
03. Os pacientes (...) quando estão no pós-operatório, a gente acaba pedindo pra retornar aqui mesmo para		Na ginecologia, os pacientes no pós-operatório retornam ao HC para retirada de pontos e na obstetrícia esse	08.03 A ginecologia mantém o paciente no HC mesmo para retirada de pontos e a obstetrícia realiza a contra-

avaliar e tirar o ponto. Na obstetrícia (...) a gente manda para o posto de saúde de origem com uma cartinha		atendimento ocorre na UBS, pois são contra-referenciados.	referência.
04. Na obstetrícia acontece também de vir referência das pacientes adolescentes ou muito mais velhas porque desejam realizar o pré – natal aqui. E o médico ainda preenche no <u>anexo 1</u> que a paciente tem vontade de fazer o acompanhamento na Unesp. Ai a gente devolve a paciente.	Anexo 1 = documento encaminhado ao HC pelas UBS com informações acerca do problema apresentado pelo paciente.	Na obstetrícia há a contra-referência das pacientes adolescentes ou mais velhas. No documento de referência consta a vontade das pacientes em realizar o pré-natal no HC. Porém, é realizada a contra-referências dessas pacientes.	08.04 Há a contra-referência das pacientes à UBS já que a referência foi realizada somente por vontade das mesmas.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 09

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) referência é quando encaminham um paciente <u>pra gente</u> e contra-referência é quando a gente devolve esse paciente. (...) É uma forma de encaminhamento que serve pros 2 médicos saberem do quadro do paciente.	Pra gente = Hospital das Clínicas (HC)	Referência é o encaminhamento do paciente para o HC. Contra-referência é a devolução desse paciente. É uma forma de encaminhamento que favorece o conhecimento do quadro do paciente pelos profissionais que realizam a referência e contra-referência.	09.01 Referência é o encaminhamento do paciente e contra-referência é a devolução do mesmo com conhecimento do caso por todas as partes.
02. (...) a contra-referência (...) normalmente a gente não preenche mesmo (...). A gente não dá a resposta pro médico da unidade básica.		A contra-referência não é preenchida e o médico da UBS não recebe a resposta do atendimento.	09.02 O médico da UBS não recebe a resposta do atendimento do paciente, porque a contra-referência não é preenchida.
03. Mas em alguns casos, principalmente na obstetrícia, a gente escreve o que a gente fez, o que ficou resolvido pro médico da unidade básica ficar sabendo também.		Em alguns casos, na obstetrícia, é descrito à UBS como foi o atendimento realizado no hospital	09.03 A contra-referência é realizada em alguns casos, onde há descrição do atendimento realizado.
04. (...) eu acho que é um		O sistema de referência e	09.04 O sistema de referência

sistema muito válido (...) mais pro médico que está na unidade básica (...) do que pra gente.		contra-referência é mais válido para a UBS do que para o HC.	e contra-referência é mais válido para a UBS do que para o HC.
---	--	--	--

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 10

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) referência é um serviço que tem (...) uma disponibilidade de aceitação dos pacientes (...). A contra-referência é (...) o fato <u>da gente</u> reencaminhar (...) um paciente que <u>nós</u> iniciamos um tratamento <u>aqui</u> (...).	Da gente/ nós= profissionais de saúde do Hospital das Clínicas. Aqui = Hospital das Clínicas	Referência é um serviço onde há a disponibilidade de aceitação dos pacientes. A contra-referência é o fato do profissional de saúde reencaminhar os pacientes que tiveram seu tratamento iniciado no HC.	10.01 Referência é um serviço onde há a disponibilidade de aceitação dos pacientes. A contra-referência é o fato do profissional de saúde reencaminhar os pacientes que tiveram seu tratamento iniciado no HC.
02. Nós temos <u>aqui</u> , essa contra-referência, no caso do paciente de obesidade mórbida (...). Nós iniciamos o atendimento aqui (...) nós devolvemos esse paciente ao serviço básico de saúde (...) para que façam esse tratamento lá.	Aqui = Hospital das Clínicas	A contra-referência é realizada quando os pacientes com obesidade mórbida são atendidos no HC e devolvidos à UBS para acompanhamento e tratamento.	10.02 A contra-referência é realizada com os pacientes com obesidade mórbida atendidos no HC.
03. E muitas vezes esse paciente não aceita (...) esse retorno para a UBS até porque		O paciente não aceita o retorno para a UBS porque ele inicia o atendimento em um	10.03 O paciente não aceita retorno à UBS devido estrutura de atendimento do HC.

se ele entra num hospital, num serviço de referência ele se sente muito mais amparado. (...) pela própria estrutura (...)		serviço de referência e sente-se amparado pela estrutura do HC.	
04. (...) estrutura das unidades básicas, que são mais precárias em termos de número de profissionais, estrutura física (...) incapacita o profissional de atender um número grande de pacientes		A estrutura das UBS é precária em número de profissionais e estrutura física, incapacitando-os a atender um grande número de pacientes.	10.04 A incapacidade do profissional em atender um número elevado de pacientes está relacionada à precariedade da estrutura das UBS e número reduzido de profissionais.
05. (...) acho que é mais a cultura mesmo (...) esse retorno do paciente para a unidade básica, acaba prejudicando o tratamento (...) pelo paciente não aceitar isso		O tratamento do paciente acaba sendo prejudicado devido recusa em realizar seu tratamento na UBS.	10.05 A cultura do paciente em não aceitar seu retorno à UBS acaba prejudicando seu tratamento.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 11

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) é a questão do fluxo de atendimento dentro do centro de saúde, do encaminhamento dentro das diversas especialidades e/ou dentro de uma mesma, mas com os diversos níveis de atenção em saúde. A contra-referência (...) é quando faz a devolução desse paciente para a cidade ou unidade básica de origem.		Referência é o fluxo de atendimento dentro da UBS através do encaminhamento às diversas especialidades, em diversos níveis de atenção. A contra-referência é a devolução do paciente para a UBS de origem.	11.01 Referência é o encaminhamento do paciente através dos diversos níveis de atenção. Contra-referência é a devolução do paciente para a UBS de origem.
02. (...) Às vezes inexistente, porque <u>a gente</u> não conversa. Fica difícil você voltar (...) pra quem fez o encaminhamento (...). Porque até os próprios mecanismos dentro da <u>Instituição</u> não facilita muito o diálogo.	A gente = profissionais do HC e profissionais da UBS. Instituição = Hospital das Clínicas	A contra-referência às vezes inexistente devido falta de comunicação dos profissionais envolvidos tornando difícil e devolução desses pacientes. O diálogo é dificultado pelos mecanismos existentes no próprio HC.	11.02 Às vezes a contra-referência inexistente porque os profissionais não se comunicam, ficando difícil retornar o paciente. Os próprios mecanismos dentro da Instituição não facilitam.

03. (...) As vezes <u>a gente</u> ve que recebe um encaminhamento e (...) responde depois só por escrito.	A gente = profissionais do HC	Os profissionais do HC recebem um encaminhamento e o respondem somente por escrito.	11.03 Os profissionais do HC recebem um encaminhamento e o respondem somente por escrito.
04. (...) a gente tentou diminuir isso fazendo reuniões com a equipe de saúde mental do <u>município</u> (...) fazer o encaminhamento por escrito, (...) discutir os casos que a gente tem (...) e que são pertencentes originalmente aquele núcleo.	Município = Botucatu	Os profissionais de saúde do HC tentam diminuir a falta de diálogo por meio de reuniões com a equipe de saúde mental de Botucatu. Faz-se o encaminhamento por escrito, porém, discutem-se os casos.	11.04 Os profissionais do HC realizam reuniões com a equipe de saúde mental de Botucatu com a finalidade de discutir os casos e após realizar a contra-referência por escrito.
05. (...) <u>a gente</u> tem tentado diminuir isso e melhorou muito (...) porque antes a gente recebia muito encaminhamento (...) que as vezes nem justificava vir pra <u>esse nível de atenção</u> (...).	A gente = profissionais do HC. Esse nível de atenção = nível terciário (HC).	Os profissionais envolvidos com a referência tem tentado diminuir a falta de comunicação. Antes recebiam encaminhamento de pacientes que não necessitavam de atendimento terciário. Acreditam que a comunicação melhorou.	11.05 Os profissionais tem se dedicado a diminuir os encaminhamentos desnecessários ao nível de maior complexidade – HC.
06. E acho que a gente acabava encaminhando também com um outro		Os profissionais do HC encaminhavam os pacientes para psicoterapia na UBS, que	11.06 Os profissionais do HC encaminhavam os pacientes para psicoterapia na UBS, que

propósito (...) para uma psicoterapia que o posto não vai dar conta.		não conseguia realizar todos os atendimentos.	não conseguia realizar todos os atendimentos.
--	--	---	---

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 12

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. Referência é o local onde a pessoa, enquanto paciente, entende que é o lugar onde ela possa buscar ajuda para os problemas de saúde dela. É onde ela vai encontrar profissionais que tenham conhecimento, que vão poder ajudá-la dentro do que ela precisa. Contra-referência (...) tentar fazer (...) com o paciente pra ele procurar uma <u>unidade</u> mais próxima da onde ele mora, que tenha o serviço que possa atendê-lo diante do que ele precisa. (...) fazer o paciente voltar pro lugar mais próximo da onde ele mora.	Unidade = Unidade Básica de Saúde	Referência é o encaminhamento do paciente para um centro de tratamento com profissionais especializados. A contra-referência é o retorno desse paciente à cidade de origem para realização de tratamento em local mais próximo a sua residência.	12.01 Referência é o encaminhamento do paciente para um centro de especialidades. Contra-referência é o retorno desse paciente à UBS mais próxima de sua residência.
02. (...) difícil o paciente apostar que ele vai ter um atendimento bom, de qualidade na cidade dele.(...)	Rubião = Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu	É difícil os pacientes acreditarem que receberão um atendimento de qualidade em seus municípios de origem. Há	12.02 Há um difícil entendimento pelo paciente sobre a qualidade do atendimento na UBS, fazendo-

muitas cidades não tem nenhuma infraestrutura ou mesmo na nossa cidade. Eu acho que é muito falho. (...) muitos deles se tratam aqui em <u>Rubião</u>, em outros ambulatorios e são encaminhados para a terapia (...)eles não conseguem procurar um posto de saúde. (...) <u>Eles</u> acham que tem que ir no <u>pronto socorro</u> e que tem que ser o médico dele	Eles = os pacientes. Pronto socorro = local destinado ao atendimento de urgência e emergência	uma falha no sistema, onde os municípios não apresentam infraestrutura adequada. Muitos pacientes acompanham em outras especialidades e são encaminhados à terapia e não conseguem atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, o que os fazem comparecer no pronto socorro.	o procurar o pronto socorro sem necessidade.
03. (...) quando a gente passa essa explicação (...)pra eles é difícil entender que eles vão ter vários médicos (...)Aqui eles sabem, porque é o mesmo <u>especialista</u>, por mais que troque o <u>residente</u>, é o mesmo <u>docente</u>, o mesmo ambulatório (...)troca mais em <u>posto de saúde</u>.	Especialista = médico especializado em determinada patologia. Residente = médico cursando uma especialidade. Docente = professor Posto de saúde = unidade básica de saúde.	É difícil, mesmo após explicações, o paciente assimilar que será atendido por médicos diferentes na unidade básica de saúde, porque no Hospital das Clínicas é o mesmo especialista, o mesmo docente. Nos postos de saúde há uma troca constante de profissionais.	12.03 A não aceitação de acompanhamento por médicos diferentes na UBS, faz com que o paciente prefira ser atendido no HC , já que parte da equipe sempre é a mesma.

04. Aqui <u>eles</u> vem e tem uma crença de que o atendimento aqui é melhor (...)em alguns aspectos pode ser que sim, mas eu acho que em alguns momentos é muito do imaginário do paciente.	Eles = pacientes.	Há uma crença entre os pacientes que o atendimento do Hospital das Clínicas é melhor que as unidades básicas de saúde. Em alguns aspectos isso é verdadeiro, porém, faz parte do imaginário dos pacientes.	12.04 Devido a complexidade assistencial do Hospital das Clínicas, os pacientes acreditam que as UBS não tenham capacidade de atendimento de suas patologias.
05. Quando a <u>gente</u> tenta encaminhar assim (...)eles trazem alguma queixa muito absurda do profissional (...)aí você fica muito amarrado, com muitas dificuldades de encaminhar <u>a pessoa</u> pro...pra <u>cidade de origem</u> mesmo, porque você não sabe se é uma queixa real do paciente (...) O que acaba forçando a gente a encaminhar é porque não tem vaga (...)bom, por mais que possa ser difícil lá ele vai ter vaga e aqui vai ficar na fila de espera.	Gente = profissionais do Hospital das Clínicas. Eles = pacientes A pessoa = o paciente Cidade de origem = município que encaminhou o paciente	Quando os profissionais de saúde encaminham os pacientes, os mesmos retornam com queixas do atendimento na unidade básica de saúde (UBS). Fato que prejudica um novo encaminhamento devido incerteza relacionada à queixa. O paciente é encaminhado devido falta de vagas no Hospital das Clínicas, sendo que na UBS não há lista de espera.	12.05 A não realização de contra-referência também se esbarra nas queixas dos pacientes em relação ao atendimento oferecido nas UBS.
06. Difícil fazer a contra-referência porque a <u>gente</u> não tem mesmo segurança pra encaminhar o paciente e muitas vezes não tem pra	Gente = profissionais do Hospital das Clínicas	Há uma dificuldade na realização da contra-referência devido insegurança do profissional no encaminhamento do paciente	12.06 A realização da contra-referência não pode ser efetuada devido a falta de planejamento de alguns municípios em proporcionar

onde (...) as prefeituras, apesar de todas as mudanças de política de saúde (...) todo dia você vê ônibus (...) despejando paciente. (...) Eu gostaria muito de conseguir fazer isso.		e unidade básica de saúde que possa recebê-lo. Apesar das políticas públicas de saúde, os municípios permanecem lotando os ônibus com pacientes que são transportados para os grandes centros.	atendimento básico e com qualidade ao paciente.
--	--	---	--

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 13

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) referência é quando o médico ou algum outro profissional encaminha o paciente pra ser avaliado e contra-referência é quando a gente escreve, assim, o que a gente achou e encaminha de novo pro primeiro médico ou outro profissional.		A referência é quando o médico ou outro profissional de saúde encaminha o paciente para ser avaliado e a contra-referência é a devolução desse paciente com as anotações pertinentes ao caso	13.01 Referência é o encaminhamento do paciente pelo médico ou profissional de saúde para avaliação e contra-referência é a devolução desse paciente com a avaliação descrita.
02. Ela praticamente inexiste pelo menos aqui no nosso serviço, porque a gente não tem tempo de fazer a contra-referência. Não é uma coisa muito cobrada.		A contra-referência inexiste porque não há tempo hábil em fazê-la e porque, também não é muito cobrada.	13.02 A contra-referência inexiste devido falta de tempo e cobrança para que seja realizada.
03. E o <u>hospital</u> por ser um hospital de referência em muitos serviços, a demanda fica muito grande.	Hospital = Hospital das Clínicas	O HC é um hospital de referência em muitos serviços, possuindo uma grande demanda de pacientes.	13.03 O HC é um hospital de referência em muitos serviços, possuindo uma grande demanda de pacientes.
04. (...) na triagem que a gente	A gente = profissionais do HC	A contra-referência deveria ser	13.04 A contra-referência

deveria realizar a contra-referência e <u>a gente</u> acaba devolvendo o paciente sem o médico ou outro profissional que encaminhou ter uma resposta. Então, o médico que encaminhou tem que perguntar pro paciente e muitas vezes o paciente não sabe responder.		realizada na triagem, porém o paciente retorna à UBS sem as informações necessárias, fazendo com que o profissional que o encaminhou tenha que solicitar alguns esclarecimentos ao paciente que, em muitas vezes, não sabe responder.	deveria ser realizada na triagem e os profissionais do HC não realizam a devolutiva ao médico que referenciou, fazendo com que esse profissional pergunte ao paciente o tratamento realizado, que muitas vezes não sabe responder.
05. (...) se <u>a gente</u> conseguisse realizar a contra-referência, a gente diminuiria o número de pacientes que estão aqui, sem necessidade.	A gente = profissionais do HC	Se a contra-referência fosse realizada haveria uma diminuição do número de pacientes que são encaminhados sem necessidade.	13.05 Se houvesse a Contra-referência diminuiria o número de pacientes encaminhados sem necessidade.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 14

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. (...) referência é quando o paciente (...) vem <u>pro serviço</u> e já teve um atendimento médico em algum lugar (...) vem endereçado à especialidade (...) a contra-referência é quando <u>eu</u> falo que ele foi avaliado, passou por uma avaliação ou exame (...) e devolve ele pro serviço de origem com a conduta. (...) a gente vê isso mais na triagem (...).	Pro serviço = Hospital das Clínicas Eu = profissional do HC entrevistada	Referência é quando o paciente é encaminhado às especialidades do HC através de um atendimento médico realizado em outro local. A contra-referência é quando o profissional do HC informa o serviço de origem a avaliação recebida pelo paciente, sendo mais realizada na triagem.	14.01 Referência é quando há o encaminhamento do paciente para avaliação de especialistas do HC. Contra-referência é a devolução deste paciente com a descrição da conduta tomada. Acontece com maior frequência na triagem.
02. (...) não sei se <u>a gente</u> esquece ou a gente não é orientado, se é falta de ensino (...) quando <u>eu</u> faço um encaminhamento pro posto eu faço a contra-referência, anoto tudo, as condutas, o que foi feito, exames.	A gente = profissionais do HC Eu = profissional do HC entrevistado	O profissional entrevistado não sabe se a falta de contra-referência é por esquecimento, falta de orientação ou falta de ensino. E que, quando realiza a contra-referência, anota todas as condutas.	14.02 A não realização da contra-referência pode ser resultado do esquecimento dos profissionais do HC ou falta de orientação/ensino.

03. (...) E acho que <u>a gente</u> não faz do jeito que tem que ser feito porque não dá tempo.	A gente = profissionais do HC	Os profissionais do HC não fazem a contra-referência da forma correta devido falta de tempo.	14.03 Os profissionais do HC não fazem a contra-referência da forma correta devido falta de tempo.
04. (...) Aquele papel o <u>anexo 1</u> é muito ruim (...) não tem espaço pra gente escrever as coisas direito (...) as informações não são muito adequadas (...).	Anexo 1 = documento de referenciamento com informações do paciente encaminhado.	O anexo 1 é muito ruim, com espaço insuficiente para anotações e as informações dos pacientes não estão muito adequadas.	14.04 O anexo 1 é muito ruim, com espaço insuficiente para anotações e as informações dos pacientes não estão muito adequadas.
05. (...) <u>eu</u> não sei se os pacientes levam esse anexo para os médicos, acho que eles perdem (...) esquecem. Porque já saem com a conduta tomada.	Eu = profissional do HC entrevistado	O profissional entrevistado não sabe se os pacientes entregam a contra-referência preenchida na UBS. Acredita que haja uma perda ou esquecimento por já ter recebido conduta médica.	14.05 O profissional desconhece a entrega da contra-referência ao médico da UBS, acreditando que há um esquecimento ou perda do documento, pois os pacientes saem com a conduta tomada.
06. (...) <u>Eu</u> vejo acontecer a contra-referência mais na triagem, porque tem uma docente que cobra mais e exige que faça	Eu = profissional do HC entrevistado	O profissional entrevistado percebe a realização da contra-referência na triagem, porque há um docente que cobra, exigindo sua realização.	14.06 A contra-referência é mais realizada na triagem porque há docente que cobra e exige sua realização.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 15

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. A referência é quando... um serviço de saúde(...)pede uma avaliação de uma especialidade pra um outro serviço sobre um determinado paciente E a contra-referência é quando você devolve o que foi feito (...)pro serviço de origem, dando as informações, dizendo o que foi feito, que foi pensado. Pra trabalhar uma comunicação entre <u>eles</u> .	Eles = serviços de saúde.	A referência é quando um serviço de saúde solicita a outro serviço uma avaliação especializada de determinado paciente. A contra-referência é quando a solicitação de avaliação é devolvida com todas as informações a respeito do paciente avaliado.	15.01 A referência é quando um serviço de saúde solicita a outro serviço uma avaliação especializada. A contra-referência é quando a solicitação de avaliação é devolvida com todas as informações a respeito do paciente avaliado
02. Acho que realmente não é muito feita a contra-referência (...) muitas vezes vem caso de <u>UBS</u> pedindo avaliação e são poucos os profissionais que, após avaliação, mandam a contra-referência, falam o que foi feito, o que foi pensado (...) teria que ter essa informação do que foi feito com o	UBS = unidade básica de saúde	A contra-referência não é muito realizada porque são poucos os profissionais que informam qual conduta foi realizada com o paciente.	15.02 Os profissionais de saúde não realizam a contra-referência.

paciente.			
03. (...) <u>as pessoas</u> que não fazem a contra-referência, elas não sabem a importância que <u>isso</u> tem. Acho que é por isso que não é feito.	As pessoas = profissionais Isso = contra-referência	As pessoas desconhecem a importância da realização da contra-referência.	15.03 Os profissionais de saúde desconhecem a importância da realização da contra-referência para a continuidade do tratamento do paciente.
04. Quando ta muito corrido eu não consigo fazer (...) a gente tenta quando vem com aquela carta de encaminhamento certinha tudo e aí a gente faz. (...) às vezes (...) passa de um plantonista para o outro (...) orienta o plantonista que precisa checar o exame dele e esquece de falar pra fazer a contra-referência.		Devido a sobrecarga de trabalho há um esquecimento no preenchimento da contra-referência.	15.04 O preenchimento da contra-referência muitas vezes não é realizado devido sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, que se atentam para a checagem de exames e avaliação dos pacientes.
05. Algumas coisas funcionam quando são impostas mesmo (...) precisasse ter uma imposição ou até uma conscientização do paciente dizendo que tem que trazer o <u>papel</u> de volta pro <u>posto</u> preenchido, tudo, pra ser um meio de cobrança do médico (...) infelizmente, depender da	Papel = ficha de encaminhamento Posto = unidade básica de saúde	Algumas atividades somente funcionam com imposição. O paciente também tem que ter a orientação em cobrar sua avaliação escrita, para entregar ao médico da UBS.	15.05 A imposição na realização de algumas tarefas talvez seja necessária para que a mesma seja cumprida. Por outro lado, os pacientes deveriam ser orientados na UBS sobre a cobrança a ser realizada ao médico especialista.

boa vontade dos médicos acho que não vai adiantar.			
06. Na enfermaria A e B a gente é obrigado a fazer a contra-referência (...)porque o docente obriga (...)na enfermaria C ninguém faz, porque as especialidades não cobram que isso seja feito.		Em alguns locais a contra-referência é realizada devido cobrança dos docentes e em outros os mesmos não cobram.	15.06 Em alguns locais a contra-referência é muito cobrada, por isso é realizada, ao mesmo tempo em que os locais onde não é realizada não há a cobrança desta atitude.

8.6 ANEXO 6 – MATRIZ NOMOTÉTICA

Categoria 1: conhecimento acerca da definição do sistema de referência e contra-referência	DEPOIMENTOS														
TEMAS:	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
DEFINIÇÃO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	01.01	02.01	03.01	04.01	05.01	06.01	07.01	08.01	09.01	10.01	11.01	12.01	13.01	14.01	15.01

CATEGORIA 2: fatores que contribuem para a não realização da contra-referência	DEPOIMENTOS														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
TEMAS:															
Demanda excessiva de pacientes/falta de tempo	01.02	02.02											13.02 13.03	14.03	15.04
Dificuldade de aceitação da contra-referência pelos municípios			03.02 03.03								11.06	12.06			
Recusa do paciente.								08.04		10.03 10.05		12.02 12.03 12.04 12.05			
Ausência de preenchimento da contra-referência	01.02 01.04	02.02	03.02		05.02	06.03	07.02	08.02	09.02				13.02 13.04	14.02	15.02 15.04
Ausência de infra-estrutura nas UBS					05.03					10.03 10.04		12.02			

CATEGORIA 3: fatores que contribuem para a realização da contra-referência	DEPOIMENTOS														
TEMAS:	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
Número insuficiente de vagas no serviço terciário				04.02								12.05			
Pacientes com comorbidades.		02.03								10.02					
Cobrança do superior imediato														14.06	15.06

CATEGORIA 4: importância da realização da contra-referência	DEPOIMENTOS														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
TEMAS:															
Diminuição do número de pacientes sem necessidade de atendimento terciário					05.03						11.05		13.05		
Seguimento do paciente	01.03					06.04		08.02	09.03	10.05					
Orientação a pacientes/Orientação à equipe médica				02.03 02.04 02.05			07.02	08.02							

