

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS.

COUNTER-REFERENCE AND REFERENCE SYSTEM ORGANIZATION IN THE HEALTH SYSTEM CONTEXT: NURSES' PERCEPTION.

Carmen Maria Casquei Monti Juliani *
Maria Helena Trench Ciampone **

JULIANI, C.M.C.M; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender e desvelar a percepção de enfermeiros sobre o sistema de referência e contra-referência, no contexto do Sistema Único de Saúde do município de Botucatu ISP/BR, a partir da experiência vivenciada na prática. Para tanto, optamos pela pesquisa qualitativa, na modalidade do fenômeno situado, vertente metodológica da fenomenologia. Num primeiro momento, buscamos realizar uma revisão histórica sobre o processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil e o significado do sistema de referência e contra-referência neste contexto. A construção dos resultados foi realizada a partir das análises ideográfica e nomotética dos depoimentos de treze enfermeiras, tendo emergido destes treze temas, posteriormente agrupados em três categorias principais: o funcionamento do sistema de referência e contra-referência, as possibilidades de encaminhamento da clientela e fatores estruturais do sistema local, desvelando que a referência e contra-referência ainda não passa de um horizonte e só funciona quando há empenho pessoal dos profissionais isoladamente.

UNITERMOS: Sistema único de saúde. Serviços de Saúde. Sistema de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to understand and to care counter-reference and reference system upon the context of the Health System in Botucatu-SP, Brazil from the nurses who experience this practice. We adopted a qualitative research, situated phenomena model, methodologically derived from phenomenology. In the first part of this study there is a brief presentatori record about the Health System in Brazil contextualizing as it follows counter-reference and reference system. Results were obtained through ideographic analysis and nomothetic analysis from the testimony of 13 nurses interviewed, bringing 13 themes, reduced into 3 categories: counter-reference and reference system operation, guiding possibilities and local system structural factors. This study showed that this purpose is still an horizon that depend's the isolately professional liability.

UNITERMS: Health care system. Health services. Health system.

1 INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver este estudo surgiu do fato de considerarmos o sistema de referência e contra-referência um dos pontos importantes para viabilizar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível. Conseqüentemente haveria que ser discutida a integração entre os diferentes

níveis, de modo que essa temática está intimamente ligada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência.

Compartilhamos da premissa que as condições materiais de vida são determinantes do processo saúde-doença e que, portanto, em uma sociedade marcada por desigualdades sociais os riscos de adoecer e morrer não se dão de modo homogêneo nas

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

** Enfermeira. Doutora em Psicologia Social. Professor Associado do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP.

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

Acreditamos que o presente trabalho possa trazer contribuições para pensar e discutir um tema fundamental que revela aspectos que, embora conhecidos pelas pessoas envolvidas com a prática, são pouco encontrados em trabalhos ou estudos.

Assim, objetivamos **desvelar e compreender o sistema de referência e contra-referência, no contexto do Sistema Único de Saúde do município de Botucatu, a partir da experiência de enfermeiros que vivenciam essa prática.**

2 BREVE RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema de saúde brasileiro, no início do século, visava apenas o controle de doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas. Ao final dos anos 90, passou a enfatizar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Para descrever essa transição utilizaremos uma ordenação através das décadas, embasando-nos nas políticas públicas e nos anais das Conferências Nacionais de Saúde.

Para MENDES (1994), o sistema de saúde brasileiro transitou, neste século, do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, nos anos 80, ao projeto neoliberal.

No tocante à assistência individual curativa, sua estruturação deu-se a partir da década de 20, especialmente a partir de 1923, marco da instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com a Lei Elói Chaves, passando por um período pródigo até 1930 e marcada por um período contencioso no período de 1940 a 1945. Somente a partir de 1945 ocorre uma aceitação tácita das obrigações das empresas para com a assistência médica (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Foi implementada na década de 40 a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Em 1963, foi aprovado o tema municipalização dos serviços de saúde na 3ª Conferência Nacional de Saúde, que ficou latente com a implantação do Regime Militar em 1964 (MULLER NETO, 1991; MERHY; QUEIROZ, 1993; MENDES, 1994).

A partir de 1966, com a unificação das Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a medicina previdenciária passou a ter prioridade na política estatal em relação à saúde pública, conformando o modelo médico-assistencial privatista (ROCHA, 1986; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; MENDES, 1994).

As políticas dos anos 70, segundo MENDES (1994), construíram as bases da hegemonia do modelo médico-assistencial privatista que se assenta no seguinte tripé: o Estado como financiador através da Previdência Social, o setor privado nacional como o maior prestador de serviços e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

A década de 80 foi marcada pela eclosão da crise da Previdência Social e surgiram propostas racionalizadoras, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e o Plano CONASP, que objetivavam a universalização dos cuidados primários, a extensão da cobertura e também a melhoria das condições sanitárias da população (BRASIL, 1980; ROCHA, 1986; MENDES, 1994).

O Plano de Racionalização Ambulatorial, proposto pelo CONASP, acabou por levar à formulação das Ações Integradas de Saúde (AIS). A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília em 1986, influenciou em dois processos que se iniciaram em 1987: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no executivo e a elaboração da nova Constituição no legislativo (MENDES, 1994; ROCHA, 1986).

Tanto a Constituição Federal (BRASIL, 1989), como a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990 a) rezam que o dever do Estado em garantir a saúde consiste na necessidade de reformulação e execução de políticas econômicas e sociais para a redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção, recuperação da saúde.

O início dos anos 90 foi marcado pela substituição da visão de menos valia da saúde coletiva por um novo arcabouço jurídico, composto pelas Constituições Federal e Estaduais, pelas Leis Orgânicas Municipais e pelas Leis 8080 e 8142 (MENDES, 1994).

A partir da 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1975) já se recomenda a regionalização de serviços hierarquizados em complexidade crescente, o que foi reforçado na 6ª e 7ª Conferências. Contudo, na

8ª Conferência Nacional de Saúde, o direito à saúde foi elevado à condição de responsabilidade do Estado, sendo previsto o acesso universal em todos os níveis de atenção. Tanto a regionalização como a hierarquização dos serviços foram apresentados como princípios da nova política de saúde, o que foi reafirmado na 9ª Conferência (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1978; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992).

A 9ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1992) teve como tema central a Municipalização da Saúde e a corroboração dos princípios extraídos da 8ª CNS, consolidados na legislação do Sistema Único de Saúde.

3 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA PROPOSTA DE REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A primeira experiência de regionalização é retratada pelo "Informe Dawson", publicado em 1920 na Inglaterra, o qual recomendava que um certo número de centros primários atuassem sob supervisão e recebendo ajuda de centros secundários que, por sua vez, seriam coordenados por um hospital de ensino de maior complexidade (BRAVO, 1974; ALVAREZ, 1985). No Brasil, o PREV-SAÚDE já trazia entre suas diretrizes a regionalização e hierarquização de serviços (BRASIL, 1980).

Segundo LOBO (1986) deve-se regionalizar para assegurar cobertura, ou seja, definir os serviços responsáveis pelo atendimento da população.

A cobertura de serviços de saúde foi definida pela resolução CIPLAN nº 03/81 como "oferta sistematizada de serviços básicos de saúde, que satisfaçam às necessidades de uma população determinada, proporcionada de forma contínua, em lugares geograficamente acessíveis e que garanta o acesso da população aos diferentes níveis de atendimento do sistema de serviços de saúde" (BRASIL, 1987).

Segundo a mesma resolução, os níveis de complexidade são limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde segundo as características das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência em que ocorrem. O **nível primário** é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (ex.: postos e centros de saúde). O **nível secundário** destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetria, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e

reabilitação (ex.: unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais). O **nível terciário** caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (ex.: ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades) (BRASIL, 1987).

O sistema de referência e contra-referência constitui-se na articulação entre as unidades acima mencionadas, sendo que por *referência* compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a *contra-referência* compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (WITT, 1992).

Alguns estudos realizados a partir de meados da década de 80 (FAVERO, 1986; ARAÚJO, 1988; CHIESA, 1992; WITT, 1992) referem problemas na organização do referido Sistema, como a falta de informação por parte da população, problemas organizacionais intrínsecos aos próprios serviços e ainda problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção.

Outros destacam aspectos positivos que decorrem da sua estruturação, como ALVAREZ (1985), que desenvolveu um estudo na Colômbia, no Valle del Cauca, e observou que 88,6% dos pacientes eram encaminhados à instituição adequada. KISIL (1985) analisando a evolução preliminar de um sistema de referência adotado em Curitiba, estado do Paraná, observou a diminuição do volume da demanda nos níveis secundários e terciário e ainda redução da proporção de hospitalizações.

Verifica-se, portanto, que não se trata de tema novo já que, conforme mencionado, data do início do século a primeira tentativa desse tipo de organização na Inglaterra. No Brasil, já se falava em municipalização na década de 50, embora esse processo tenha sido interrompido pelo regime militar. No entanto, o Sistema de Saúde brasileiro, que a partir da década de 80 passou a enfatizar os princípios de regionalização em suas políticas, encontra-se em um grau de organização ainda precário, incapaz de garantir a continuidade da assistência, o que gera duplicação de trabalho e custos, além de transtornos para os usuários.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento da presente investigação, optamos pelo uso da metodologia qualitativa, por meio da qual é possível construir o conhecimento a partir da experiência de sujeitos que, no cotidiano, vivenciam o fenômeno em questão. Essa opção deu-se ainda pelo fato de que os registros sobre o funcionamento do sistema pareceram-nos insuficientes para o desenvolvimento de um estudo exploratório.

Dentro das várias modalidades de pesquisa qualitativa, optamos por trabalhar na perspectiva da fenomenologia, mais especificamente na modalidade do fenômeno situado na aceção por MARTINS; BICUDO (1989).

Com base na obra de Merleau-Ponty, MARTINS (1992) identifica na trajetória fenomenológica três momentos: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica. Para ele, a fenomenologia, neste século XX, é definida como um movimento cujo objetivo precípua é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados pela consciência, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos, não havendo problemas e hipóteses definidas *a priori*.

O estudo foi realizado no município de Botucatu, interior do estado de São Paulo, onde a Assistência à saúde está organizada em três níveis de complexidade e onde existe um Hospital Universitário vinculado à Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), oferece os cursos de graduação em Medicina e Enfermagem, entre outros.

Foram inquiridas 13 enfermeiras, sendo 8 delas trabalhadoras de Unidades Municipais, 4 de Unidades ligadas à Universidade e 1 de Unidade Estadual Municipalizada. Essas profissionais experienciam a situação de chefia nas unidades básicas de saúde e, por isso, vivenciam tanto o encaminhamento de pacientes aos

diversos níveis de assistência, bem como a orientação de funcionários da equipe de saúde para este tipo de ação.

A obtenção das descrições foi realizada por meio de entrevistas gravadas, obtidas no período de maio a outubro de 1995 e norteadas pela seguinte questão: **“Gostaria que você discorresse sobre a sua vivência e percepção em relação ao sistema de referência e contra-referência no município de Botucatu”**.

Os depoimentos foram transcritos e enumerados de 1 a 13 e, após sucessivas leituras, foram evidenciadas as unidades de significação que continham a essência sobre a percepção do grupo à respeito do *sistema de referência e contra-referência*. Como parte do procedimento metodológico, as unidades de significado de cada discurso foram destacadas, numeradas e transportadas para o quadro de **análise ideográfica** (Anexo 1), elaborado a partir do modelo proposto por SADALA (1995). Posteriormente, foram analisadas as **convergências** entre os depoimentos individuais no quadro de **análise nomotética** (Anexo 2), chegando-se às asserções que compõem as **idéias centrais** em relação ao sistema de referência e contra-referência, ou seja, aquilo que o fenômeno apresenta de **invariável**.

No esquema que segue, pode-se observar que foram identificados treze **temas** (numerados com as letras de **A a N**), os quais, reduzidos e agrupados compuseram **três categorias**.

CATEGORIAS	TEMAS PROPOSTOS
1) O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REFERENCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	A - avaliação do sistema B - referência C - contra-referência D - o relacionamento pessoal e a informalidade como matriz dos encaminhamentos E - as informações dependem do usuário
2) POSSIBILIDADES DE ENCAMINHAMENTO	F - exames complementares ao diagnóstico e tratamento G - atendimentos complexos especializados H - internações
3) FATORES ESTRUTURAIS DO SISTEMA LOCAL	I - demanda e agendamento J - organização dos serviços L - comunicação entre os serviços nos níveis de atenção M - duplicação de atividades e custos N - expectativas do serviço

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a interpretação das **categorias** acima, estas foram analisadas de acordo com as **convergências** identificadas em cada tema, através da **matriz nomotética**. Na seqüência, expomos os principais resultados, apresentando quando oportuno, algumas **falas originais** dos depoimentos, destacadas em letras itálicas, de forma a ilustrar os significados desvelados.

PRIMEIRA CATEGORIA: O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA (TEMAS A, B, C, D e E)

- O funcionamento do **sistema é precário** e não há garantia de continuidade da assistência.
- A referência é feita na guia de interconsulta e exigida das unidades básicas, mas **não há contra-referência de consultas e internação**, apenas de exames diagnósticos;
 - o Ambulatório Regional de Especialidades (**ARE**) **encaminha os clientes de volta**, embora sem a contra-referência formal, o que não ocorre no Hospital das Clínicas.
 - **O relacionamento interpessoal** e de amizade entre profissionais é determinante para o sucesso e a agilidade no encaminhamento do cliente, não obedecendo a fluxos formais e interferindo até na contra-referência.
 - As **informações dependem do relato do cliente** que as transmite segundo entendimento e linguagem próprios, pois retorna à unidade de origem sem os dados necessários sendo que muitas das informações são "perdidas".

Resposta mesmo não vem nada, se eu cheguei a pegar desde que estou aqui, acho que uma ou duas,..."

"Eu tive a oportunidade de estar indo com o paciente... chegou lá, o médico pegou a interconsulta e rasgou na minha frente..."

"... funciona de uma maneira que eu acho que não devia ser assim, é mais na base da amizade... só que a gente também não tem o retorno, a contra-referência, não tem, mas a gente sabe que eles são atendidos, a gente chama tudo na base da amizade."

"Depende do médico, às vezes preenche a contra-referência, por exemplo, o médico que mandou pra cá, então ele conhece o médico, tem mais amizade, então ele manda de volta."

"A gente pede pro paciente voltar contar pra gente... não trazem por escrito, às vezes eles contam também de uma maneira confusa que a gente nem sabe direito o que aconteceu, tem muito a desejar."

O relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde salienta que o encaminhamento é um processo que deve se desenvolver em dois sentidos. A retenção do paciente numa instituição deve ser a mais breve possível e tão logo seu restabelecimento possa ser mantido por meios mais simples, o melhor é fazê-lo retornar à comunidade e fornecer informações claras sobre as constatações clínicas e o tratamento ministrado, bem como sobre a atenção adicional requerida. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

SEGUNDA CATEGORIA: POSSIBILIDADES DE ENCAMINHAMENTO (TEMAS F, G e H)

- Os exames de **RX** são encaminhados para os hospitais Misericórdia e Regional, e os exames de **análises clínicas** são encaminhados para o Laboratório II.
 - As **unidades-escola** contam com os laboratórios do Hospital das Clínicas.
 - Há dificuldade em agendar ultrassonografia, pois os **agendamentos são longos**.
 - A dificuldade de encaminhamento é maior quanto maior for a **complexidade e custo** de exames.
 - Casos mais **complexos** são encaminhados para o **Hospital das Clínicas**, embora não considerado referência formal, nem mesmo para o ARE.
 - Algumas vezes é mais fácil conseguir um exame de alto custo no município de São Paulo, que no H.C. de **Botucatu**.
 - As **Internações** dependem do vínculo do médico com os hospitais, os partos são encaminhados ao Hospital Regional e casos de maior gravidade encaminhados diretamente ao Hospital das Clínicas.

"Ultra-som, daí é problema, porque ultra-som, veio uma paciente agora aí, só o ano que vem tão marcando..."

"A gente sabe que a UNESP tá super abarrotada e a gente não tem esse poder, vamos dizer, essa ligação, essa continuidade de atendimento, tá, então, se a gente precisa alguma coisa acima do nosso, a gente tem que ou vai por via triagem da UNESP... ou o conhecimento médico, porque tem muitos que trabalham aqui e trabalham lá."

"...você precisa de um, sei lá, de uma tomografia vai, então a gente tem que ir com a assistente social, mandar fazer em São Paulo."

"A nossa neuro, ela não trabalha nem naABS, nem na Misericórdia, nem na UNESP; quando ela precisa de uma internação, ela tem que mandar uma cartinha para a neuro e o paciente "rezar"..."

"Os partos, aquilo que é normal ... tá indo pro Hospital Regional, começou em agosto ..."

TERCEIRA CATEGORIA: FATORES ESTRUTURAIIS DO SISTEMA LOCAL (TEMAS I, J, L, M e N)

- O ARE é considerado referência formal e o **agendamento** prévio é realizado **via telefone**.
- Há **críticas ao ARE** porque o cliente não é agendado para o retorno solicitado pelo especialista.
- Na especialidade de oftalmologia a demanda supera a oferta de vagas.
- A Desorganização do sistema e a insuficiência de profissionais em algumas unidades acarreta o **uso inadequado de vagas de especialistas**.
- Existe impasse entre organizar atendimento por área geográfica e respeitar a escolha do cliente.
- Há dificuldades de **integração e comunicação** entre os serviços, dificultando continuidade do atendimento.
- **O Hospital das Clínicas** é visto como uma instituição "intocável", isto é, que funciona como um sistema a parte, embora participe de modo significativo do sistema. As unidades básicas têm difícil acesso a exames, resultados de exames e prontuários do HC.
- Os **Alunos de medicina** desconhecem o funcionamento do sistema de referência e contra-referência.
- Os hospitais **repetem** com frequência **exames** já realizados.
- **O H.C. realiza nova triagem**, ainda que o cliente seja encaminhado com exames e diagnóstico realizados, mesmo das unidades-escola, que utilizam os laboratórios do H.C.
- Esses fatos implicam em **duplicação de trabalho e custo** para o sistema.
- Há expectativas de melhoria do sistema, em especial da **contra-referência**, de **integração** entre os serviços e de criação de prontuário único com **informatização** da rede de saúde.

"Você sente a dificuldade, da estrutura do serviço, né, o quanto a UNESP, ela participa, mas não de uma forma ainda organizada dentro do serviço de saúde."

"Quando os internos do Curso de Medicina passam pela UBS e lhes é explicado o funcionamento do sistema de referência e contra-referência, eles se assustam pelo fato de ninguém ter lhes explicado isso quando faziam atendimento na triagem da UNESP..."

"O relatório é o mais completo possível, até quando já está diagnosticado, por exemplo, um CA de colo e que vai com papanicolaou, com resultado de biópsia, colposcopia, cai na triagem, a gente não consegue marcar direto; e às vezes a gente sabe pelo próprio paciente que os exames são repetidos, é uma desconfiança mesmo do serviço, dos outros

profissionais; mesmo tendo sido feito por ex-residentes deles..."

"... se funcionasse, eu acho que não ia ter trabalho duplicado, não é, não era preciso o paciente ir em tudo quanto é lugar que eles vão,..., se fosse bem feita a referência, a contra-referência ... ele ia ficar aqui mesmo na Unidade perto da casa dele, não é ?

"Ele vem aqui, ele vai no Centro de Saúde Escola, ele vai em tudo quanto é serviço, porque ? porque ele não é, ele não fica satisfeito com a coisa, né, quem sabe agora com o computador aí vai melhorar..."

Como o sistema de referência e contra-referência é totalmente ignorado pelos profissionais, o potencial de atendimento do Hospital das Clínicas não se insere racionalmente dentro do SUS. O estabelecimento desse sistema foi um dos objetivos previstos no Projeto UNI, que em seu conteúdo original identificava a inexistência de sistema de registro de dados e de informações capaz de promover a integração e a garantia da complementaridade da assistência prestada nos diferentes níveis do sistema, contribuindo para sua ineficácia e impossibilitando sua avaliação e aprimoramento (UNESP, 1992, 1993).

Nesse contexto, surge o questionamento da função do sistema de referência e contra-referência: afinal a sua finalidade é garantir acesso e a continuidade do atendimento conforme a lógica da complexidade e integralidade assistencial ou "complicar" o acesso para mascarar a insuficiência dos serviços para determinada demanda ? Se não há condições para o atendimento e não é possível realizar o agendamento, qual a finalidade de submeter a clientela a essa "peregrinação" ?

Conforme nos lembra SIMÉANT (1984), a inexistência de normas que definam os níveis de atenção ou, quando existem, sua falta de precisão, seu descumprimento ou o fato de que, em geral, são elaboradas de maneira empírica e para ajustar-se à realidade, mas tomando por base dados quantitativos e não qualitativos da demanda, agravam o problema da organização da atenção médica em nível nacional e regional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O encaminhamento de clientes através do Sistema Único de Saúde, como um fenômeno desvelado em um Município do interior do estado de São Paulo, a partir da inquietação inicial de que o Sistema de Saúde deve responder às necessidades da população, permitiram algumas considerações gerais.

O enfermeiro, na condição de gerente das Unidades Básicas, de educador da equipe de enfermagem e de profissional que viabiliza encaminhamento de clientes, avalia como precário o funcionamento do sistema de referência e contra-referência no referido Município.

Os serviços de referência secundária existentes no município estudado são o Laboratório II do Estado ou Laboratório Regional, o Ambulatório Regional de Especialidades (ARE) e os Hospitais Misericórdia e Regional. No ARE o agendamento é realizado por telefone, previamente, sendo portanto uma referência formal.

Para as Unidades Básicas exige-se a referência, por isso, considera-se que nesse âmbito funcionam razoavelmente. Já a contra-referência é incipientes em relação aos encaminhamentos para as especialidades e internações, permitindo afirmar que praticamente inexistem. São os clientes que trazem alguma informação à Unidade de origem. Observa-se que o ARE encaminha os clientes aos serviços de origem após o atendimento, o que não ocorre no Hospital das Clínicas, que tende a reter o cliente na instituição. Daí a verbalização das enfermeiras de que o ARE encaminha mais os clientes de volta, embora não haja contra-referência formal em relação a ambos os serviços.

Em relação aos exames laboratoriais e de RX existem as contra-referências, uma vez que os resultados chegam às Unidades Básicas.

Observa-se a dificuldade das Unidades no encaminhamento de casos mais complexos e de exames de alto custo, sendo a dificuldade ampliada proporcionalmente à maior complexidade.

Um ponto importante desvelado no estudo é que o sucesso e agilidade dos encaminhamentos dependem, em grande parte, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, mais do que de um fluxo sistematizado entre os níveis de complexidade, indicando que as "vias formais" de acesso não funcionam adequadamente. As internações, por exemplo, dependem essencialmente do vínculo do médico que a requer com as instituições hospitalares do Município, sendo difícil o encaminhamento quando o médico não possui esse vínculo.

Em relação ao Hospital das Clínicas (HC), que é a referência terciária do Município e, algumas vezes, também secundária, existem sérias dificuldades de encaminhamento, pois embora a instituição exija a referência, a triagem realizada na Unidade Básica é descartada, freqüentemente ocorre repetição de exames já realizados e a contra-referência também não é realizada. Estes fatos denotam desconfiança nos procedimentos realizados pelos serviços básicos, além da duplicação de trabalho e custos, que sobrecarregam financeiramente o Sistema Local, implicando ainda em submeter os clientes a procedimentos de riscos desnecessariamente, retardando o tratamento, transtornos esses que não são avaliados. Esta questão chama atenção, especialmente quando desvelamos que mesmo os exames realizados nas unidades básicas vinculadas à Faculdade de Medicina, são repetidos no HC. Chama atenção porque os exames requisitados nas Unidades-Escola, são realizados nos laboratórios do próprio HC.

Estes fatos levam-nos a refletir sobre a finalidade do *sistema de referência e contra-referência*, indicando, por vezes, uma tendência a dificultar ou diminuir o acesso ao serviço, dada a grande demanda observada. Isto também se verifica no ARE, em especial na especialidade de oftalmologia, na qual desvela-se que, embora a "cartinha" de encaminhamento seja suficiente ao atendimento, exige-se que o cliente a obtenha nas Unidades de Saúde. Esses achados apontam para necessidade de realização de estudos de avaliação, pois o discurso sobre o funcionamento do SUS tende a ocultar esses problemas da realidade de implantação do mesmo.

Ainda em relação ao HC, existe dificuldade das Unidades encaminharem clientes apenas para a realização de um exame específico e mais, quando o cliente consegue de alguma forma realizar um exame, o HC não permite a retirada do prontuário, tampouco envia dados ou um laudo como contra-referência. Como conseqüência, ou esse exame é desperdiçado, ou o cliente tem que passar a fazer seguimento naquela instituição, mesmo sendo um caso de baixa complexidade que poderia ser seguido de forma eficaz na Unidade Básica. Exceção faz-se às Unidades-Escola que possuem acesso tanto aos exames quanto aos seus resultados no HC.

Essa questão, aliada ao fato de que a informação que retorna à Unidade Básica depende do relato do cliente, assume um caráter perverso, pois cabe ao cliente, que não tem acesso ao prontuário, resgatar alguma informação para trazer à Unidade Básica e, muitas vezes, o mesmo não é capaz de relatar dados sobre o atendimento ou sobre quem o atendeu.

A organização dos serviços denota falta de comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção à saúde. Desvela-se, por exemplo, que os próprios alunos do curso de Medicina chegam às Unidades Básicas sem conhecimento da existência e do funcionamento do *sistema de referência e contra-referência*. A esse respeito, lembramos que, com a implantação do Projeto UNI no município, esforços de mudança e adaptação dos currículos de medicina e enfermagem vem sendo realizados pela Universidade, o que poderá alterar esse panorama para os próximos anos. De qualquer forma, apontamos a importância de avaliações a esse respeito.

Existem expectativas dos serviços quanto à informatização da rede, proposta no Projeto UNI, pois acredita-se que a mesma permitiria uma melhor comunicação e a efetivação da contra-referência para garantia da continuidade da assistência.

Vislumbra-se portanto um caminho com possibilidades reais de implantação de um *sistema de referência e contra-referência* no Município, especialmente impulsionado pelas propostas do Projeto UNI em direção à consolidação de um Sistema de Informação em Saúde.

Não obstante como profissionais e pesquisadoras, acreditamos que é preciso ir além da expectativa da

informatização, é necessário investir em tentativas de maior integração entre os serviços e de estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento de cliente, sem o que a informatização possivelmente não será suficiente para responder às necessidades do sistema almejado. Deixamos, portanto, algumas sugestões que, a partir deste estudo, vislumbramos como possibilidades de atuação a curto prazo para melhoria de alguns pontos. São elas:

- O Hospital das Clínicas poderia vir a constituir-se em referência formal, ao menos para o ARE (que atende em nível secundário) num primeiro momento e, a partir dessa experiência, poder-se-ia investir em estudos de ampliação dessa referência para casos definidos, diagnosticados e de maior gravidade, de forma que fossem agendados diretamente nas especialidades;

- O ARE poderia viabilizar no próprio serviço os retornos que seus especialistas solicitam para a avaliação dos exames, evitando submeter o cliente a um novo retorno à Unidade de origem, apenas para pegar outra guia, como se fosse um novo encaminhamento.

- Melhoria na orientação dos alunos do curso de Medicina, quanto ao funcionamento do *sistema de referência e contra-referência*, o mais precocemente possível, para que os mesmos tenham conhecimento dos fluxos previstos quando realizam atendimento na triagem do HC;

- Divulgação da organização do Sistema Único de Saúde em Botucatu e do funcionamento do *sistema de referência e contra-referência*, tanto entre os serviços, como entre os usuários.

Frente ao neoliberalismo, que tem determinado a condução das políticas públicas, consideramos necessário que, na área da saúde, possa ter primazia a Constituição, que assegura a implantação do Sistema Único de Saúde. Assim, embora o Município apresente problemas em relação ao encaminhamento dos clientes, acarretando aos mesmos transtornos que com certeza desconhecemos em profundidade, por falta de avaliação do sistema, acreditamos que essa situação possa ser revertida. Isto porque o nível local possui os serviços necessários à hierarquização, contando inclusive com um Hospital Universitário e, especialmente, com o impulso proporcionado pelo Projeto UNI, o qual deverá ter continuidade com a Fundação UNI. Esta poderá viabilizar o projeto de informatização da rede e ainda contar com o Hospital Regional ao nível secundário, com cessão em comodato, tanto para os atendimentos como para campo de ensino.

As sugestões apresentadas, embora aparentemente simples, implicam em um desafio, que pode reduzir os transtornos para os usuários, evitar a duplicação de atividades e de custos para o sistema e ainda iniciar um caminho no sentido da integração entre os serviços, desafio que acreditamos valer a pena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, R.B. Remission de pacientes en una unidad regional de salud, Colombia. **Bol.Of.Sanit.Panam.**, v. 99. n.1, p. 10-24, 1985.

ARAÚJO, E.C. **A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços:** da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde. Salvador, 1988. 210 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1989.

BRASIL, Leis etc. Resolução CIPLAN nº 3, de 25 de março de 1981. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde**. 2 ed. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.177-33.

BRASIL. Leis etc. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990 (a), seção 1, p.18055-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde:** PREV-SAÚDE. Brasília, 1980.

BRAVO, A. L. Regionalizacion: organizacion y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. **Bol.Of. Sanit.Panam.** v. 77, n. 3, p. 231-46, 1974.

CHIESA, A.M. Assistência à saúde das mulheres do município de Taboão da Serra com diagnóstico de displasia ou carcinoma cérvico-uterino: problematização do sistema de referência e contra-referência. **Rev.Bras. Enf.**, v. 45, n.1, p. 28-35, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília, 1975. **Anais**. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1975.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, 1977. **Anais**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1978.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, Brasília, 1980. **Anais**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, 1986. **Anais**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, Brasília, 1992. **Anais**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992.

UNESP - Faculdade de Medicina. **Projeto de participação no Programa UNI**. Botucatu, 1992.

UNESP - Faculdade de Medicina. **Projeto UNI Botucatu**. Botucatu, 1993.

- FAVERO, N. **Estudo do processo de referência a um hospital universitário**. São Paulo, 1986, 120 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- KISIL, M. Educacion en administracion de salud: una evaluacion del casobrasileno. **Bol.Of.Sanit.Panam.**, v. 99, n. 3, p. 266-85., 1985.
- LOBO, L.C.G. Sistema de saúde: análise e propostas. **Educ.Med.Salud**, v. 20, n. 2, p. 222-34, 1986.
- MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poésis**. São Paulo, Cortez, 1992.
- MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo, Moraes; EDUC, 1989.
- MENDES, E.V. (org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 2. ed. São Paulo, HUCITEC, 1994. cap. 1, p. 19-91: As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.
- MERHY, E.E.; QUEIROZ, M.S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Públ.**, v. 9, n. 2, p. 177-84, 1993.
- MÜLLER NETO, J.S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde Deb.**, n. 31, p. 54-66, 1991.
- OLIVEIRA, J.A.de A.; TEIXEIRA, S.M.F. **(Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1985.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**, Alma-Ata. Brasília, UNICEF, 1978.
- ROCHA, J.S.Y. O movimento da reforma sanitária no Brasil. **Prev. Dados**, v. 3, n. 2, p. 5-11, 1986.
- SADALA, M.L.A. **Estar com o paciente: a possibilidade de uma maneira autêntica de cuidar**. São Paulo, 1995. 234 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- SIMÉANT, S. Capacidad resolutiva de la demanda de atencion de morbilidad a nivel primario, Chile, 1981. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v. 97, n. 2, 1984.
- WITT, R.R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. **Rev.Gaúcha Enf.**, v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.

ANEXO 1 - QUADRO DE ANÁLISE IDEOGRÁFICA(PARTE DO DEPOIMENTO 05)

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO INTERROGADO
<p>6. De várias maneiras, né, nós temos o informal, pois nós temos alguns profissionais que também trabalham lá, principalmente na área de ginecologia, nós temos uma ligação, até por parte de exames também que são solicitados, o próprio médico acaba atendendo aqui e lá o paciente e há esse vínculo, então tem esse retorno e, formalmente, dependendo do médico que atende esse paciente, nos manda a resposta com o paciente, na mão do paciente, não tem um fluxo estabelecido.</p> <p>7. No caso de um encaminhamento para o Pronto Socorro da UNES1 que a gente faz, a maioria dos casos vão pra <u>triagem</u>, né, a gente tem vários retornos, devoluções, dependendo do plantonista, geralmente é da mesma pessoa.</p> <p>'08. Fazem novamente a triagem, mesmo com a <u>guia de interconsulta</u>, mesmo que tenha passado pelo clínico ou ginecologista ou pediatra, eles fazem novamente a triagem lá na <u>UNESP</u>.</p>	<p>Lá = no Hospital de Clínicas de Botucatu.</p> <p>UNESP = ver unidade 5.</p> <p>Triagem = serviço de pronto atendimento médico do Hospital de Clínicas.</p> <p>Guia de interconsulta = é o documento utilizado para referenciar o paciente a outro serviço ou profissional.</p> <p>UNESP = ver unidade 5.</p>	<p>0 retorno por parte do Hospital das Clínicas ocorre, de maneira informal, quando o médico que trabalha aqui é o mesmo que trabalha lá e, de maneira formal, dependendo do médico envia a resposta na mão do cliente, mas não há um fluxo estabelecido.</p> <p>Dos encaminhamentos feitos para o pronto socorro ou triagem do Hospital das Clínicas, a resposta depende do plantonista, geralmente é da mesma pessoa.</p> <p>Mesmo que o cliente tenha sido avaliado por médico e encaminhado com a guia de interconsulta, no Hospital das Clínicas é feita novamente a triagem.</p>	<p>05.06 0 retorno por parte do Hospital das Clínicas ocorre, de maneira informal, quando o mesmo profissional atende no Hospital e na Unidade de saúde e, de maneira formal não há um fluxo estabelecido, dependendo do médico é enviada a resposta na mão do cliente, depende do plantonista, geralmente é da mesma pessoa.</p> <p>05.07 No Hospital das Clínicas o cliente é submetido a nova triagem, mesmo que já tenha sido avaliado por médico e encaminhado com a guia de interconsulta.</p>

A N E X O 2- PARTE DA MATRIZ NOMOTÉTICA

MATRIZ		NOMOTÉTICA															
UNIDADES DE SIGNIFICADO COM ENFOQUE NO FENÔMENO		DEPOIMENTOS															
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	Total	Tema	
01.01 O ambulatório regional de especialidades é referência em especialidades para o município de Botucatu e demais municípios da região.	01.01	02.01	03.03	04.02	05.01	06.09	07.01	08.01		10.01	11.01			13.02	27	B	
	01.06	02.21	03.04		05.09	06.10	07.10	08.16						13.09			
	01.12	02.22	03.21		05.10			08.17									
	01.30		03.24														
	01.33																
01.02 É difícil atender toda a demanda das especialidades.	01.02	02.08		04.03			07.08	08.04	09.05	10.02	11.07	12.02	13.03	19	I		
	01.35	02.09		04.05				08.05		10.09			13.04				
01.03 As referências que partem de outros municípios são melhores do que no próprio município de Botucatu.	01.03	02.05	03.02	04.18							10.05	11.05			17	J	
	01.04	02.12	03.13														
	01.05		03.15														
	01.10		03.16														
	01.11		03.20														
	01.18																
01.04 Assistência básica deveria ser feita nas Unidades Básicas, as quais encaminhariam para o Ambulatório Regional de Especialidades casos de especialidades e exames mais complexos.	01.03	02.05	03.02	04.18							10.05	11.05			17	J	
	01.04	02.12	03.13														
	01.05		03.15														
	01.10		03.16														
	01.11		03.20														
	01.18																
	01.26																