



**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**ANÁLISE DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NOS NÍVEIS DE
COMPLEXIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA: O
DESAFIO DE INTEGRAR OS SERVIÇOS**

PATRÍCIA RODRIGUES DE ALMEIDA LEAL

**JUIZ DE FORA
Fevereiro de 2010**

**ANÁLISE DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NOS NÍVEIS DE
COMPLEXIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA: O
DESAFIO DE INTEGRAR OS SERVIÇOS**

PATRÍCIA RODRIGUES DE ALMEIDA LEAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Auta Iselina Stephan de Souza

Juiz de Fora, fevereiro de 2010.

**ANÁLISE DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NOS NÍVEIS DE
COMPLEXIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA: O
DESAFIO DE INTEGRAR OS SERVIÇOS.**

PATRÍCIA RODRIGUES DE ALMEIDA LEAL

Dissertação de mestrado submetida à Banca Examinadora nomeada pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Profª Drª Auta Iselina Stephan de Souza

Prof. Dr. Túlio Batista Franco

Profª Drª Leda Maria Leal de Oliveira

Aos meus pais, Prista e Lurdinha, pela vida e pelo exemplo.

Ao meu amor, Eduardo pelo incentivo e apoio incondicionais.

Aos meus filhos, Isabela e Luiz Eduardo, que são a razão de tudo o que faço.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado é um produto coletivo embora sua redação, responsabilidade e stress seja predominantemente individual. Muitas pessoas contribuíram para que este trabalho chegasse a bom termo. A todas elas registro minha gratidão.

Em especial, quero agradecer a minha orientadora, Professora Doutora Auta Iselina Stephan de Souza, por compartilhar comigo esta experiência, sendo uma interlocutora disposta a oferecer estímulos e, principalmente, a percorrer novos caminhos, ouvir com interesse e ânimo todas as questões, dificuldades, dúvidas e problemas que surgiram durante o processo de reflexão. Por ser uma interlocutora paciente e generosa e pela coragem de ousar trabalhar com um tema tão desafiador, correndo os riscos inerentes a esta atitude. Pela compreensão dos momentos difíceis pelos quais passei, permitindo que meu tempo interno fluísse, respeitosamente, sem sempre acreditar em minha capacidade, mesmo quando eu mesma desacreditava. Pela alegria de trabalharmos juntas. Por sua amizade, principalmente.

Aos Profissionais de Saúde que participaram da pesquisa, por sua disponibilidade em participar do estudo, contribuindo com suas experiências para esta reflexão. Em especial às colegas Assistentes Sociais, Meire, Regina e Malu, que fizeram a mediação com os demais profissionais de saúde de suas equipes de trabalho e também com os usuários no agendamento das entrevistas, o que agilizou muito a coleta dos dados. Muito obrigada.

Aos usuários do SUS, que prontamente abriram suas casas para que eu pudesse ouvir seus relatos, conhecer suas histórias, suas dificuldades, críticas e satisfações. À vocês o meu respeito e o muito obrigada.

À minha mestra e amiga, Mônica Grossi, pelo incentivo e apoio, sem os quais não teria vivido experiências tão enriquecedoras como o relatório de estágio produzido em vídeo (ainda tenho a cópia!), a produção do TCC, com lanches preparados com carinho ao som de Marisa Monte para acalmar o espírito, a experiência docência e agora o mestrado. Obrigada!

Ao Professor Doutor. Lúcio Henrique de Oliveira, que tive a oportunidade de conhecer no processo de construção deste trabalho, quero agradecer a sua disponibilidade, sua forma inteligente, crítica e criativa de argüir as idéias apresentadas, creio que elas deram norte a este trabalho, facilitando o alcance de seus objetivos.

O Professor Doutor Túlio Batista Franco, que contribuiu de forma intensa na qualificação do projeto de pesquisa, iluminando com suas reflexões criativas sobre o objeto de estudo, as quais muito ajudaram a compreendê-lo e a realizar uma análise crítica sobre o mesmo, e pela sua presença nesta banca de mestrado, meus sinceros agradecimentos.

À Professora Doutora Leda Maria Leal de Oliveira, pelas excelentes sugestões oferecidas durante o exame de qualificação, mesmo se algumas delas não pude (ou soube) aproveitar devidamente, meus afetivos agradecimentos pela sua participação nesta banca de mestrado, o que com certeza contribuirá para ampliar a qualidade desta dissertação.

Aos professores do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da UFJF que compartilharam comigo seu conhecimento, minha gratidão a vocês que, pela amizade ou pelo simples convívio, me apontaram um caminho.

Ao meu amado irmão Mário Júnior, pela ajuda nas transcrições, trabalho penoso, mas fundamental para a realização deste estudo, mas ainda mais pela dedicação e apoio de uma vida inteira. Obrigada.

Também aos meus queridos irmãos, cunhados e sobrinha linda, que mesmo que distante, me incentivaram a realizar este curso.

Aos meus sogros, Luiz e Wilma, que com seu carinho e atenção, sempre me incentivaram a realizar este curso, sei que estão orgulhosos por mais esta conquista.

À amiga Paulinha, que prontamente contribuiu na construção do abstract, deixo aqui meu afetivo muito obrigada.

Aos amigos da turma de mestrado de 2007 que compartilharam comigo suas angústias, alegrias e muito pão de queijo. Nossas festinhas vão ficar guardadas na memória. Obrigada por tudo.

À querida Beth, que me "aturou" por estes anos, sempre me socorrendo e apoiando, muito obrigada!

À Raquel e Alessandra, pelo carinho que sempre tiveram comigo, e claro pelo café e bolo de cenoura que ficarão na lembrança.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização deste sonho. Para vocês, ofereço esta página...

Onde quer que nos encontremos, são os nossos amigos que constituem o nosso mundo. (William James)

A todos agradeço, profundamente, e dedico o resultado do trabalho.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo, se não é Possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda Possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas coerentes com ela.
Paulo Freire

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o acesso em saúde através do sistema de referência e contra-referência no município de Juiz de Fora, considerando as dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação funcional, fundamentado na perspectiva do processo de consolidação do princípio da integralidade no cuidado nos três níveis de atenção à saúde. Inicialmente é apresentada uma breve retrospectiva da Política de Saúde no Brasil, tomando como ponto de partida a década de 1970. Em seguida são discutidos os conceitos que embasaram o estudo, tendo como eixo central a integralidade e a contextualização da referência e contra-referência. Para desenvolvimento deste trabalho fez-se a opção pela metodologia qualitativa, utilizando como técnica a ser utilizada junto aos profissionais de saúde a *entrevista semi-estruturada*, e a *narrativa*, técnica a ser aplicada junto aos usuários, possibilita a recapitulação da experiência através da combinação da seqüência verbal de sentenças com a seqüência de eventos que de fato ocorreram. Os sujeitos participantes da pesquisa foram os *profissionais de saúde* (médicos, assistentes sociais, enfermeiros) e principalmente, os *usuários* destes serviços de saúde.

As convergências permitiram vislumbrar que embora o sistema de referência e contra-referência no município de Juiz de Fora apresente problemas estruturais em sua organização, ocultando dificuldades de integração entre os níveis de atenção, existem reais possibilidades de melhoria do mesmo, que serão abordados no interior deste estudo.

Palavras-chave: Referência e Contra-referência; acesso; integralidade.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the access in health through the reference and against-reference system in the city of Juiz de Fora, considering the dimensions: availability, acceptability, accessibility, functional adequacy, based on the perspective of the process of consolidation of the integrality principle in care of three levels of attention to health. At first, a brief retrospective of the Politics of Health in Brazil is presented, taking as starting point the decade of 1970. Afterwards, the concepts that supported the study were discussed, having as central pivot the integrality and the contextualization of the reference and against-reference. For the development of this study, the qualitative methodology was picked up, using as a technique to be used to the health professionals the half-structuralized interview, and the narrative, technique to be applied to the users that makes it possible the recapitulation of the experience through the combination of the verbal sequence of sentences with the sequence of events that in fact had occurred. Not only health professionals (social doctors, assistants, nurses) took part in this research but, mainly, the users of these health services.

The convergences allowed to glimpse that despite the system of reference and against-reference in the city of Juiz de Fora presents structural problems as precarious organization, concealing difficulties of integration among the attention levels, there are real possibilities of improvement, that will be dealt with in this study.

Key-words: Reference and Against-reference system; access; integrality.

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CF – Constituição Federal

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CPS – Cuidados Primários em Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor

HU – Hospital Universitário

LBA – Legião Brasileira de Assistência

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS – Organização Panamericana de Saúde

R e CR – Referência e Contra-referência

SUS – Sistema Único de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PPA – Plano Pronto Ação

SUMÁRIO

Introdução	12
Motivação Inicial.	12
Caracterização do problema	14
Objetivos	19
Capítulo I – Breve histórico da Política de Saúde no Brasil	20
1.1 – A Política de Saúde no Brasil a partir dos anos de 1970	21
1.2 – Os anos 1980 e a reforma sanitária brasileira: foco na universalização e descentralização das ações e serviços de saúde	28
1.3 - O Sistema Único de Saúde - momento de redefinição do modelo de atenção à saúde.	36
1.3.1- NOB/NOAS	42
1.3.2 - Cartão Nacional de Saúde.	47
Capítulo II - A priorização da APS na organização do sistema de saúde brasileiro	51
2.1 – Organização da Atenção Básica: o legado de Alma Ata e a Estratégia de Saúde da Família como inversão do modelo de atenção à Saúde	52
2.2 – A Referência e Contra-Referência a partir dos conceitos de integralidade e acesso.	60
2.2.1 – A integralidade como norteadora da organização dos serviços de saúde.	60
2.2.2 – O Acesso ao cuidado à saúde: um direito de cidadania.	64
Capítulo III - Percurso Metodológico	68
3.1 – Objeto da pesquisa	69
3.2 – Cenário e sujeitos	69
3.3 – Descrição e método	73
Capítulo IV – A Referência e Contra-referência no cotidiano dos profissionais de saúde e usuários do SUS	78
4.1 – A RCR na visão dos profissionais de saúde.	79
4.2 – O relato dos usuários em sua busca pelo cuidado em saúde.	91
Capítulo V – Uma análise das perspectivas da Referência e Contra-referência.	106
5.1 - A Integração entre os níveis de atenção	107
5.2 - A interlocução entre os profissionais de saúde – a demanda por uma Educação Permanente	112
5.3 - O Sistema Único de Saúde e a R e CR	121
VI - Considerações Finais	133
VII – Referências Bibliográficas	141
VIII – Anexos	151

INTRODUÇÃO

1.1. Motivação Inicial

O interesse em desenvolver esse estudo partiu, inicialmente, da observação empírica e cotidiana no trabalho com as Equipes de Saúde da Família (ESF) na região de Bangu, no município do Rio de Janeiro. Durante quase trinta meses, trabalhei na implantação destas ESF, e a dificuldade de articulação destas equipes com o restante da rede de serviços era uma constatação recorrente em nossas avaliações. O que parecia um contra-senso, uma vez que 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.

Os profissionais destas equipes são chamados a assumir uma prática profissional pautada na integralidade, na interdisciplinaridade, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, a participação na dinâmica social das famílias assistidas e da própria comunidade, a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito, sem receber em contrapartida, o respaldo necessário para a efetividade de sua atuação. As dificuldades são de diversas ordens, desde a não garantia de continuidade de cuidado ao usuário que necessita ser encaminhado a um serviço especializado, como a inviabilidade de troca de informações sobre o cuidado prestado entre os diferentes níveis de atenção.

Também é importante ter a clareza de que estes profissionais se deparam com uma diversidade de realidades que resultam da desigualdade social, traço marcante na sociedade contemporânea, constituindo por si só em outro desafio. Para que seja possível identificar as relações e as causas destas desigualdades são necessários estudos específicos, porém, existem algumas questões que sabemos contribuir fortemente para esta iniquidade: fatores culturais que orientam o comportamento e as atitudes dos povos; o poder político e econômico que se encontram nas nações; as políticas públicas que orientam o funcionamento da sociedade e o crescimento exponencial da população mundial; aumentando o grau de complexidade desses fatores, entre outros.

Partindo então 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 diferentes classes sociais, seria possível considerar que através da melhoria das condições de vida, obter-se-ia uma melhoria no perfil de saúde da população e que 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.

Starfield demonstra que a Organização Mundial de Saúde, reconhecendo as crescentes desigualdades sociais e de saúde em quase todos os países, adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde:

Conhecida como a Carta de Lubiana, ela propõe que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser: a) dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; b) direcionados para a proteção e promoção da saúde; c) centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; d) focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; e) baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo e, f) direcionados para a atenção primária.

A reestruturação do setor saúde no Brasil, promovida a partir da Constituição Federal de 1988, tem como um dos seus pilares a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios básicos de: universalidade, integralidade e equidade, com ênfase na participação popular e na estruturação da rede de serviços de saúde de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

O princípio da descentralização reforça a gestão local dos municípios e a sua responsabilidade pela atenção básica à saúde. A municipalização tem resultado em expressiva ampliação da assistência básica de saúde administrada pelas secretarias municipais. Tal fato requer, por parte dos gestores municipais, a capacidade de gerenciamento local, componente essencial para que os municípios respondam às necessidades de saúde da população, de forma competente e ágil, na direção ao que é preconizado pelo SUS.

Autores como Giovanella et al. consideram que apesar da descentralização ter se efetivado, ainda não foi constituído um sistema integrado de saúde hierarquizado que facilite o acesso e permita a continuidade do cuidado aos indivíduos garantindo a atenção integral. Avanços precisam ser alcançados no sentido das pactuações intra e

intergovernamentais na estruturação da rede de referência e contra-referência, orientando o fluxo da assistência em saúde nos diversos níveis hierárquicos.

Um dos desafios a ser enfrentado na consolidação do SUS é a concretização desse sistema integrado e sem barreiras de acesso, que embora consensual nos seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, e de fato ainda não se materializou na prática das ações e serviços de saúde, demandando estudos de avaliação que contribuam para sua efetiva implantação (HARTZ,2004).

1.2. Caracterização do Problema

A perspectiva analítica desta dissertação visa evidenciar as lacunas existentes no processo de referência e contra-referência dos usuários do SUS em seus diferentes níveis de atenção, na tentativa de contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica através da construção de mecanismos que tenham como objetivo traduzir os princípios e diretrizes fundamentais para a implantação de um sistema de saúde universal, integral e equânime para toda a população.

O objeto desta dissertação está direcionado ao estudo do sistema de referência e contra-referência dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde, de acordo com a capacidade resolutiva de cada um e a partir do entendimento de que esse sistema deva ser organizado de forma a atender ao princípio da Integralidade da Atenção, como explicitado na lei que o regulamenta.

A escolha deste título “A análise da referência e contra-referência nos níveis de complexidade de atenção a saúde no município de Juiz de Fora: o desafio de integrar os serviços” se refere a necessidade de que a prestação de serviços de saúde a população pelo sistema de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, os quais necessitam de coordenação entre si para o atendimento harmônico e abrangente as necessidades de saúde da população a que atende.

A minha inserção na pesquisa intitulada **A Integralidade na atenção primária no município de Juiz de Fora**: as variações de aplicabilidade do modelo técnico-assistencial na operacionalização do SUS¹, que tem por objetivo identificar e analisar o princípio da Integralidade na dimensão da Produção do Cuidado e Gestão junto às

¹ Pesquisa realizada pelo Grupo de Políticas Públicas, Gestão e Cidadania da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, com financiamento da FAPEMIG.

Unidades Básicas de Saúde da área urbana da cidade de Juiz de Fora-MG, possibilitou uma aproximação com a experiência dos profissionais de saúde em relação à referência e contra-referência nos serviços de saúde de Juiz de Fora, e instigou novos questionamentos sobre o tema.

Assim sendo, dela parte o banco de dados da pesquisa empírica realizada em nove Unidades Básicas de Saúde: três do modelo tradicional, três com Saúde da Família e três com Saúde da Família e o Programa de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, cujo enfoque está na identificação de características tais como: relações intra-equipe e com usuários, processos de organização do trabalho e sua execução, práticas de saúde na perspectiva do acesso e seus desdobramentos, sistema de organização do serviço e modelo de gestão, inovações da prática de saúde e suas conseqüências na atenção prestada aos usuários, condições socioeconômicas.

O estudo também se apóia em três outras pesquisas: a) no **Estudo da Regionalização e Organização da Assistência de média e alta complexidade na macro região Sudeste de Minas Gerais**², realizado em 2005/2008 pela UFJF, em parceria com a Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental – SSSDA/JF, da Prefeitura de Juiz de Fora, financiado pelo FAPEMIG e coordenado por docente da Faculdade de Serviço Social. Tal estudo centrou-se na reorganização da atenção à saúde no Hospital Universitário – HU da UFJF, considerando o seu potencial de incluir-se na rede SUS como unidade assistencial de média e alta complexidade, na macro região Sudeste de Minas Gerais, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG. Como elementos orientadores do estudo, estão as questões do acesso, da humanização e do financiamento; b) na monografia de conclusão de curso de Especialização em Política e Pesquisa em Saúde Coletiva pela UFJF, intitulada **Acesso e regionalização em saúde: análise de um serviço ambulatorial de média complexidade**, que discute os aspectos do processo de regionalização, que vem sendo implementado no estado de Minas Gerais segundo o proposto para todo o país, especialmente sob a ótica das relações entre o HU e a rede SUS; e ainda a Tese de Doutorado **Cidadãos Peregrinos: Os “Usuários” do SUS e os significados de sua demanda a Pronto-Socorros e Hospitais no contexto de um processo de**

² Estudo inédito que pretende discutir as possíveis restrições que os planos de regionalização impõem à universalidade e à equidade e como alguns usuários têm sucesso em transpor as barreiras impostas ao acesso por esses mesmos planos.

reorientação do modelo assistencial - *Uma análise a partir de usuários do SUS no Município de Juiz de Fora*, que através de entrevistas com Grupos Focais de usuários, buscou conhecer suas experiências, seus sentimentos e valores, suas percepções e opiniões, procurando compreender como são feitas suas escolhas durante sua busca por assistência e investigar aspectos relacionados à apreensão de regras sociais e às estratégias de acesso.

Esses estudos apontam, em seus diferentes enfoques, que a integração dos serviços de saúde aparece como uma das principais necessidades no quadro das reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde. A integralidade da atenção, um dos pilares do SUS, é baseada na primazia das ações de promoção, prevenção e assistência, nos três níveis de complexidade, com a articulação das ações entre os níveis e abordagem integral no tratamento dos indivíduos e suas famílias. A lacuna deixada pelos dois primeiros estudos no que tange ao fluxo dos usuários dentro do sistema de saúde, bem como os dados sobre as dificuldades experienciadas por gestores e profissionais que orientam esse percurso, justifica o aprofundamento da investigação do processo de referência e contra-referência dos usuários do SUS nos três níveis de atenção à saúde.

Entre os diversos conceitos utilizados ao longo deste trabalho, dois merecem ser destacados: o de acesso e o de sistema de referência e contra-referência, uma vez que para o desenvolvimento deste trabalho, interessa, em especial, estender o olhar sobre a questão do acesso ao cuidado em saúde através da estruturação desse sistema de referência e contra-referência dos usuários do SUS, por se entender que a integralidade da atenção à saúde está imbricada na integração de serviços por intermédio das redes assistenciais, reconhecida a interdependência entre os atores e as organizações.

Entende-se, então, por referência, o ato de encaminhamento de um paciente, atendido em um determinado estabelecimento de saúde, a outro estabelecimento de maior complexidade, além do seu retorno, com vistas a impedir que o usuário se perca no sistema. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultados de exames realizados, hipóteses diagnósticas, etc.) e a garantia, através de agendamento prévio, do atendimento na unidade para a qual foi encaminhado (Starfield, 2002).

Por contra-referência, entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no estabelecimento de origem, onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde. (Starfield, 2002).

Na revisão da legislação que regulamenta o SUS, esta definição aparece de forma transversal e pulverizada, sendo necessário um esforço de articulação entre a necessidade imposta pela materialidade do sistema de saúde e o que está positivado em seus instrumentos reguladores. No documento Pacto pela Saúde, foi possível identificar, nos volumes 4 e 5, a regulação da referência e contra-referência dos usuários para os diferentes níveis da atenção, bem como a responsabilidade de cada esfera de governo sobre essa organização.

Na a Política Nacional de Atenção Básica, em seu Capítulo I, que trata das responsabilidades de cada esfera de governo, é competência dos municípios e do Distrito Federal “organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica”. O Capítulo II, item 3, que trata da infra-estrutura e dos recursos necessários, estabelece que os municípios e o Distrito Federal também têm a responsabilidade de garantir os fluxos referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar. O Capítulo VII, por sua vez, explicita o seguinte:

O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde. (Pacto pela Saúde, 2006, vol.4)

Uma das indagações mais prementes incide sobre a forma como ocorre o acesso e sua dobra – a referência e a contra-referência – nos diferentes níveis de complexidade pelos usuários do SUS, e como é estruturado este fluxo no município de Juiz de Fora. A experiência profissional revela que muitas vezes a coordenação desses serviços e o acesso a eles não ocorre como uma questão de direito do usuário, mas como

favorecimento, troca de interesses, de vínculos entre os profissionais de saúde e de exercício de poder pelo gestor de saúde.

O contato com os profissionais de saúde que assumem tais serviços e toda a carga de expectativa e responsabilidade que isso significa coloca questões que se mostram extremamente complexas, tais como: qual a possibilidade de resolutividade dessas equipes, diante da realidade enfrentada nas comunidades localizadas em áreas de grande risco? Como garantir o acesso aos outros serviços necessários para o atendimento das necessidades identificadas? Como organizar o fluxo de encaminhamento de usuários e garantir o retorno das informações produzidas a partir desse atendimento?

Outro importante foco de análise é a inter-relação entre os elementos que explicam o uso dos serviços de saúde, sobretudo a relação entre saúde e uso de outros serviços de saúde, mas também entre setores, como Assistência Social, Infra-estrutura, Habitação, dentre outros, mostrando que a referência e contra-referência também são influenciadas pela intersetorialidade, pois a realidade de desigualdade existente exige encaminhamentos diversos relacionados ao conjunto das políticas públicas municipais. Nesse sentido, a saúde entendida como um fenômeno bem mais amplo que a doença e não se explica unicamente pelo uso de serviços de saúde. Dessa forma, a saúde da população não resulta somente da ação dos sistemas de saúde, mas de todo um todo um sistema de bens e serviços necessários à vida.

O acesso é, assim, a categoria que permite o confronto das condições de segmentação com a organização do sistema, no sentido de contribuir para a formulação e implementação de políticas que possam progressivamente favorecer a equidade em saúde.

Em verdade, vários elementos contribuem para a segmentação no acesso à saúde, desde características estruturais de estratificação social, de constituição e desenvolvimento do sistema de proteção social, passando por características socioeconômicas e culturais da população, até elementos comportamentais e de necessidades individuais.

A relevância deste estudo parte da contribuição para preencher algumas lacunas do conhecimento sobre o processo de Referência e Contra-Referência por ser esta uma situação crítica que afeta a acessibilidade aos níveis de atenção no Sistema Único de Saúde. A revisão da literatura efetuada no LILACs e no SCIELO e nos bancos de teses

da CAPES mostra a fragilidade conceitual no estudo da Referência e Contra- Referência, justificando todo o empenho em realizar este estudo.

Este estudo está organizado em quatro capítulos, a fim de alcançar seus objetivos. No primeiro capítulo apresento uma breve retrospectiva da Política de Saúde no Brasil, tomando como ponto de partida a década de 1970. No segundo capítulo discuto os conceitos que embasaram o estudo, tendo como eixo central a integralidade, no terceiro capítulo apresento a metodologia do estudo, com a descrição do cenário, seus personagens, instrumentos de coleta de dados e a conformação da análise destes dados. No quarto capítulo, apresento os achados de campo, traçando a relação destes com os conceitos elencados e finalmente apresento minhas considerações a cerca do estudo.

1.3 Objetivos

Este trabalho tem por objetivo analisar o acesso em saúde através do sistema de referência e contra-referência no município de Juiz de Fora, considerando as dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação funcional, fundamentado na perspectiva do processo de consolidação do princípio da integralidade no cuidado nos três níveis de atenção à saúde.

Para tanto será necessário verificar as formas de acesso dos usuários às práticas de cuidado em saúde em diferentes níveis de complexidade, a partir da atenção primária enquanto porta de entrada do SUS.

Também identificar as estratégias de acesso/ equidade/ referência e contra-referência nos serviços de saúde situando os níveis primário, de média e alta complexidade utilizadas pelos usuários.

E finalmente analisar as barreiras existentes que limitam o processo de referência e contra-referência entre os níveis de atenção à saúde.

Capítulo I

Breve histórico da Política de Saúde no Brasil

1.1 - A Política de Saúde no Brasil a partir dos anos de 1970.

No Brasil, a consagração do direito universal a saúde formalizada pela Constituição de 1988 permanece como um desafio nos dias atuais. O Sistema Único de Saúde (SUS) implementado pela Lei n. 8080, sem dúvida representou um grande avanço na conformação das políticas públicas de saúde no Brasil. O projeto do SUS prevê uma organização abrangente da atenção, prevenção e promoção à saúde, capaz de responder as demandas substantivas da população brasileira, resumindo uma concepção avançada de cidadania sanitária (BODSTEIN, 2002). Mas para se compreender o processo de institucionalização do SUS e seus mecanismos de funcionamento faz-se necessário um breve resgate histórico a partir da Reforma Sanitária que forneceu as bases para o seu surgimento.

Como toda política pública, a política de saúde sofre influências do contexto político, social e econômico, e, portanto sempre esteve subordinada ao ideário capitalista. A política de saúde nunca ocupou um lugar central no desenvolvimento das políticas públicas brasileiras, uma vez que sempre esteve subordinada ao desenvolvimento econômico sendo funcional a este.

Na década de 1970, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entrou em crise, em decorrência da crise do capitalismo mundial. Concomitantemente com a diminuição do fluxo de capital estrangeiro necessário para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento econômico. A idéia propagada de que era preciso que a economia primeiro crescesse para depois redistribuí-la para a população não se confirmava no plano social, sendo o país um dos que mais apresentam concentração de renda a nível mundial. A realidade vivida pela população brasileira era de baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, aumento do desemprego, da criminalidade, das favelas e mortalidade infantil.

O modelo de saúde previdenciário, neste período, começa a demonstrar sua ineficácia. Isto é, por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias e as epidemias. Como também, a incapacidade do sistema de atender a uma população crescente que sem carteira assinada se viam fora do sistema de benefícios previdenciários.

Este quadro provocou uma intensa mobilização da sociedade, onde diversos grupos da sociedade civil (sindicatos, igrejas, movimentos sociais, associações de bairros, entre

outros) aliam-se à oposição parlamentar, questionando o regime militar e reivindicando o retorno ao estado de direito. Neste contexto de efervescência política, o Estado viu-se obrigado a alargar as políticas sociais frente a grande pauperização da população. A questão da saúde torna-se uma das propostas para canalizar as reivindicações e as pressões populares, mas as modificações implantadas pelo Estado não significaram uma ruptura com o modelo adotado no pós-1964, visto que continuou a privilegiar os interesses empresariais via compra de serviços no setor privado. Segundo Bravo

A intervenção Estatal sobre a questão social, no governo Geisel, explicitou uma crise em face da omissão ou inoperância do Estado perante as problemáticas sociais no período de 64. (BRAVO, 1996).

De acordo com esta autora, as atividades exercidas pelo Estado dividiam-se em dois segmentos: nas atividades empresarias e nas atividades para o trato da questão social. Esse duplo posicionamento acarretou questionamento de diversos segmentos da sociedade levando o Estado a perder o privilégio das classes média urbana e trabalhadora frente ao elevado índice de pauperização e agravamento do quadro de doenças originárias da desigualdade social. Diante desse quadro, o Estado implementa várias ações, onde se destacam o II Plano Nacional de Desenvolvimento, e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que apenas constitui uma junção de órgãos, incluindo LBA e FUNABEM. Como também, a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) para formular e fiscalizar as políticas sociais. Entretanto, tanto o Ministério de Saúde quanto o da Previdência Social não articulavam entre si, deixando clara a dicotomia entre a assistência médica e a saúde pública.

Tendo em vista o impacto que as ações de saúde têm nas condições de vida da população, bem como a proporção dos problemas na saúde, outras ações foram implementadas para corrigir as distorções e normatizar as ações de saúde, dentre estas pode-se destacar o Plano de Pronta Ação-PPA (1974) e a Lei do Sistema Nacional de Saúde (1975).

O PPA organizou as práticas médicas vinculadas a Previdência Social, universalizando o atendimento de emergência. Já a Lei do Sistema Nacional de Saúde disciplinava a articulação dos órgãos atuantes no setor saúde, e propunha formulação de um plano geral coordenado pelo setor estatal. A elaboração desta lei ocorreu num

momento de luta com contradições dos representantes sociais e do setor privado. O primeiro grupo, representado pelos sanitaristas que desenvolviam um projeto desenvolvimentista, a agenda da Reforma Sanitária também configurava a demanda de interesses, ainda que difusa e centrada, naquele momento, nas representações sobre o "interesse público".

O outro grupo, formado pelo complexo médico-hospitalar, buscava manter a estratégia de privilegiar a compra dos serviços de terceiros. Entretanto, como novidade, o privilégio concentrou-se nas instituições privadas sem fins lucrativos e nas governamentais não previdenciárias. Os convênios foram adotados como instrumentos de compra de serviços e passaram a ser celebrados pela Previdência com os sindicatos e as secretarias de saúde em todo o país. Contudo, os credenciamentos não foram abandonados. *Curioso destacar o quanto a própria Previdência, auxiliou nesta época a capitalização das novas instituições conveniadas prestadoras de serviços.* (BRAVO, 1996)

Os serviços e hospitais próprios da rede previdenciária passam a não ser mais suficientes para assistir a toda essa população. Sob forte influência dos técnicos oriundos do IAPI (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários) e suas tendências privatizantes, o governo passa a investir recursos na iniciativa privada para expandir sua rede de serviços previdenciários. São estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, proporcionando uma grande capitalização de grupos ligados à assistência médica e estimulando o consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial. (OLIVEIRA, 2004)

Segundo a autora as Conferências Nacionais de Saúde - CNS voltaram a ser um espaço de debate. A V CNS (1975) teve como tema o Sistema Nacional de Saúde que consagrou as teses da "medicina simplificada" e da "participação da população", e a VI CNS se propôs a discutir as grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde. A divulgação das propostas de medicina comunitária apoiada pela Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde levou a criação no âmbito do Ministério da Saúde de outros programas como o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que visavam uma estrutura básica de saúde pública voltada ao atendimento da população de baixa renda e desprovida de atenção médica sanitária. E o Sistema Integrado de Saúde

do Norte de Minas que se orientava por princípios de regionalização, hierarquização dos serviços, integralidade, participação da comunidade entre outros. Princípios estes posteriormente utilizados pela Constituição Federal de 1988.

Assim a adoção de políticas racionalizadoras pelos governos autoritários pós-74, apresentavam-se subalternas as políticas dominantes de capitalização do setor saúde e visavam contribuir para o alívio das tensões sociais acumuladas pelo desenvolvimento capitalista brasileiro, buscando suavizar os efeitos perversos das políticas de saúde anti-populares.

O PIASS se caracterizou como um amplo programa de extensão de cobertura elaborado no âmbito do Governo de 1976 e destinado aos estados do Nordeste. Mas em 1978, o Ministério da Saúde elabora uma proposta para expandir o PIASS para todo o território nacional, com o nome de PRÓ-SAÚDE. Assim, em 1979, o PRÓ-SAÚDE passa a se estender para todo o território nacional, adaptando-se a experiência adquirida no nordeste às características de cada região. Isto resulta numa expansão da rede ambulatorial pública em todo o território nacional.

Na segunda metade da década de 70, assiste-se a um crescimento (...) da rede pública estadual e municipal, na figura de postos ou centros de saúde. De qualidade criticável (...), mas sem dúvida, criadora de nova relação entre as chamadas ações de saúde pública e as de assistência médica. (MERHY, 1994,).

O ano de 1978 foi significativo para a política de saúde no Brasil, dentre outros fatos, pela a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) entendido como um processo de crescente universalização e adoção do modelo de seguridade social, oposto ao modelo de seguro social, ou seja, a desvinculação do modelo médico da concessão dos benefícios. Conforme aponta Mehry & Queiroz (1993), a partir dos anos 1970, duas posições político-ideológicas organizaram-se em torno da disputa por um novo modelo de política social de saúde: a conservadora e a reformadora.

A vertente conservadora defendia a lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde, *cujo eixo tecnológico principal era a assistência médica baseada no produtor privado*. O Estado seria responsável pela assistência aos mais necessitados, aqueles que não poderiam comprar do mercado, *ou interviria em questões coletivas com os tradicionais instrumentos da saúde pública, como a campanha e a educação sanitária em massa*.

A vertente reformadora, ao contrário, propunha a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, que atendesse o conjunto da população brasileira, independente da cobertura da previdência social.

Internacionalmente legitimada (vertente reformadora) pela Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), postula-se o combate à dicotomia das ações de saúde, técnica e institucionalmente, através formação de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados de acordo com sua complexidade tecnológica e da unificação das ações a nível ministerial. (MEHRY & QUEIROZ, 1993).

Assim a estruturação de uma rede básica de saúde que funcione como porta de entrada de um sistema mais amplo e que obedeça à hierarquia tecnológica da assistência à saúde, classificada em primária, secundária terciária torna-se fundamental para a efetivação desta proposta, onde os insumos e equipamentos correspondem a padrões quantificáveis de abrangência e resolutividade dos problemas de saúde. As instituições que detivessem maior grau de complexidade tecnológica passariam, então, a constituir as retaguardas que completam a resolução dos problemas de saúde. (MEHRY & QUEIROZ, 1993)

Importante destacar que as reformas realizadas no setor saúde entre 1974 a 1979, não tiveram participação viva dos setores populares. Alguns profissionais tentaram modificar o sistema, mas enfrentaram diversos embates no jogo político que objetivava o grande capital. Os funcionários do Estado se dividiam na Previdência Social e no Ministério da Saúde. No primeiro majoritariamente era composto pelos defensores do setor privado. E no segundo, profissionais que defendiam um novo caminho para a saúde: segundo Bravo “os progressistas”.

A organização dos profissionais de saúde desta vertente progressista - posteriormente denominada de Movimento Sanitário - que se iniciou na década de 1970 fomentou, no Brasil, encontros e uma grande produção teórica que incorporou as ciências sociais. Os estudos acarretaram uma nova concepção na saúde em que correlacionavam os problemas de saúde com as determinações estruturais e conjunturais vivenciadas pela sociedade. O projeto da Reforma Sanitária Brasileira se configurava como um projeto civilizatório, e teve como objetivo produzir uma mudança nos valores prevalentes da sociedade brasileira, a partir da saúde, que seria o eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante.

Com uma nova visão na saúde os protagonistas do Movimento Sanitário posicionavam-se à respeito do salário e condições precárias para a atuação profissional. Além dessa pauta de reivindicação, o movimento destinava-se a oposição à intermediação lucrativa e comercialização da medicina, política de controle à natalidade, e o restabelecimento da democracia no país, a favor da Assembléia Constituinte, indo de encontro com os ideais dos movimentos sociais em curso.

Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional de Alma-Ata (antiga URSS) com o tema “Cuidados Primários em Saúde” (CPS), realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef). As propostas defendidas nesta Conferência em relação à ênfase na atenção primária para a expansão de cobertura vem legitimar as diretrizes propostas para a política de saúde no Brasil pela vertente reformista.

A Conferência reuniu representantes de 144 países e resultou na Declaração de Alma-Ata que aponta para a desigualdade existente entre os países subdesenvolvidos e os desenvolvidos, ressaltando que a promoção e proteção da saúde são essenciais para o progresso econômico e social, além de contribuir para uma “melhor qualidade de vida e a paz mundial” (FRANCO & MERHY, 2003).

Esse novo enfoque de saúde e esse novo critério de organização de serviços representaram a adoção em nível mundial das políticas de extensão de cobertura dos serviços de saúde. O conteúdo básico deste modelo de assistência preconiza a Atenção Primária a Saúde (APS) entendida como estratégia a ser adotada pelos países para a reorientação do modelo de prestação de serviços, com a finalidade de ampliar sua cobertura e dirigir a meta preconizada de “saúde para todos no ano 2000”, ratificada na Assembléia Mundial da Saúde, em 1979.

A proposta de atenção primária adotada na Conferência de Alma-Ata tem sido interpretada como a estratégia que envolve todo o setor saúde respondendo de forma resolutiva a demanda para que possa ter credibilidade enquanto porta de entrada de todo o sistema de saúde.

A declaração definiu a APS como a *acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde, prestados por meios que lhes sejam aceitáveis através de sua participação integral, e a custo que a comunidade e o país possam absorver*, associando-a a assistência sanitária além de caracterizar os cuidados primários de saúde como: educação em saúde (prevenção); promoção de boas condições alimentares e nutricionais; abastecimento suficiente de água potável;

saneamento básico; proteção materno infantil e planejamento familiar; vacinação; prevenção e controle de endemias locais; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.(UNICEF/Fundo das Nações Unidas)

Pode-se dizer que, em termos conceituais, a partir da Conferência de Alma-Ata foi que se buscou uma definição de atenção primária em saúde. Como resultado das várias experiências desenvolvidas em diferentes partes do mundo, a APS, nessa ocasião, foi definida considerando, a um só tempo, dois aspectos implícitos ao termo: a APS como estratégia e como nível de atenção.

Embora a concepção de atenção primária proposta pela OMS apontasse para ações integradas tanto no âmbito da saúde, quanto no seu envolvimento com ações intersetoriais, posteriormente à realização da Conferência de Alma-Ata houve ampla disseminação da concepção seletiva da atenção primária que se distanciava da compreensão originariamente assumida pela OMS. (FAUSTO, 2005)

O objetivo da Declaração de Alma Ata era alcançar um nível aceitável de saúde para todos até o ano de 2000. A proposta de APS seria válida para todos os países respeitando suas particularidades econômicas, políticas, sociais e culturais.

Conforme Bravo a saúde nos idos de 1974 a 1979 enfrentou (...) *permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas, entre setores estatal e empresarial médico, e a emergência do movimento sanitário.* (BRAVO, 1996).

A expansão da demanda, os custos crescentes com a assistência médica, aliados às sucessivas crises econômicas no país, levaram à necessidade de racionalizar gastos com a assistência de saúde. Assim, na segunda metade da década de 70, em função dos custos crescentes desse modelo e com o fim do milagre econômico, associado a um quadro marcado por dificuldades financeiras no panorama nacional e internacional, se impõe a necessidade de desenvolver um modelo assistencial de custo mais baixo. Neste contexto, começa a ter espaço no Brasil a proposta de uma atenção primária seletiva, focal, dirigida a populações marginalizadas por meio da oferta de tecnologias simples e baratas para os contingentes populacionais excluídos tais como a periferia das cidades e regiões rurais.(OLIVEIRA, 2004)

Assim, apesar de se ter avançado em direção a universalização da assistência, o aumento da demanda pelos serviços de saúde verificado na década de 1970, aliado às sucessivas crises financeiras coloca ao Estado a necessidade de medidas de racionamento o que provoca uma significativa queda na qualidade da atenção, “expulsando” as camadas sócio-econômicas mais privilegiadas do sistema público de

saúde. Assim, **nos anos 80 e 90** ao invés do princípio da universalidade se manifestar de modo inclusivo, acaba se caracterizando pelo que se chamou “*universalismo excludente*”. A universalização da assistência, na prática, leva à expansão de uma oferta discriminatória voltada para diferentes cidadanias sendo marcada pela baixa qualidade e pelas grandes dificuldades de acesso:

Desse modo, o mandamento constitucional é reinterpretado na prática social não como um universalismo inclusivo – expressão de cidadania plena – mas como um universalismo excludente que garante (tão somente) a incorporação ao sistema público de segmentos mais carentes, ou seja, aqueles que não têm como se antepor aos mecanismos de racionamento. (MENDES, 1994).

2.2 – Os anos 1980 e a reforma sanitária brasileira: foco na universalização e descentralização das ações e serviços de saúde

A conjuntura dos anos de 1980 foi favorável ao questionamento do modelo de atenção à saúde vigente no país em vários sentidos, mas especialmente porque o sistema médico previdenciário experimentava sua pior crise estrutural revelando o esgotamento de seu sistema de financiamento.

Do ponto de vista político, o país entrava na fase da distensão, abrindo espaço para a retomada das instituições democráticas no país e a ampliação dos debates sobre os rumos das políticas sociais no país.

No governo Figueiredo (1979/1985), o alto índice de desemprego, alto custo de vida, inflação a 200% e a crise da previdência social acarretou novas contradições e tensões em que diversos movimentos sociais reivindicavam a saúde. Assim, a crise da política de saúde, destacando-se no Sistema Nacional de Saúde e no SINPAS, não conseguindo responder as principais questões mostrou a inoperância do Estado em relação aos problemas econômicos, sociais e políticos. Diante do exposto Bravo (1996) sinaliza que

O Ministério da Previdência e Assistência Social via INAMPS, continuava predominando com as ações curativas, permanecendo a instabilidade do esquema de custeio das despesas previdenciárias e persistindo o padrão de privatização da medicina.

Nos primeiros anos da década de 80, o Brasil mergulharia numa crise financeira que acabaria atingindo a Previdência Social, marcando um

período caracterizado por crescente insatisfação de usuários, de prestadores de serviços e de trabalhadores da saúde, aliada à gradativa perda de qualidade dos serviços prestados. O INAMPS assumiria o papel de implementar políticas para a atenção médica (MENDES, 1994) e iria absorver muitos técnicos ligados ao movimento sanitário que passariam a ocupar cargos importantes. Isso viria colocar no cerne da crise previdenciária as temáticas da Reforma Sanitária que se tornariam visíveis no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social que propunha a reversão gradual do modelo médico assistencial hospitalocêntrico através da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial, do aumento da produtividade, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços às populações urbana e rural, entre outros. Seria implantado, também nesse momento, o Plano de Racionalização Ambulatorial que tinha como propósito permitir o desenvolvimento de uma rede ambulatorial hierarquizada que pudesse aliviar a demanda hospitalar. O Plano de Racionalização Ambulatorial acabaria levando às Ações Integradas de Saúde (AIS) que se estenderia de 1983 até 1987. (OLIVEIRA, 2004)

A proposta das AIS entendida enquanto estratégia de transição para o reordenamento do setor saúde, capaz de superar a forma de organização plural e descoordenada, buscando uma ação integrada sobre a gestão pública que permitisse atingir todas as instituições com todos os seus recursos, buscando responder de forma organizada as necessidades prioritárias da população, segundo critérios epidemiológicos e sociais. O MPAS/INAMPS, através de manobras táticas no período de 1985-1986 impulsionaria as AIS que passariam de 112 municípios conveniados em 1984 para 950 em 1985 e 2500 em 1987, quando sua cobertura atingiria 70% da população total do país (MENDES, 1994).

Diante deste quadro, a sociedade civil fortalece o questionamento das políticas públicas e denúncias em relação à organização dos serviços. Nesse momento, os profissionais de saúde passam a agir em torno dos interesses coletivos. Estes profissionais, junto com outros movimentos, requeriam situações contrárias que impunha o regime ditatorial, visando melhorias no setor saúde e na infra-estrutura.

Um dos eventos mais importantes foi a VII CNS (1980) que teve como tema “extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Este evento não contou com a sociedade civil ampliando-se apenas a autoridade de saúde, representante do governo, internacional e o clero. O resultado foi pautado em que o governo deveria apresentar um plano de saúde.

Neste mesmo ano foi criado o Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), visando reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, compreendendo também, saneamento e habitação. Este plano se pautava como um

amplo programa de extensão de cobertura, a hierarquização por níveis e a regionalização. Contudo, o PREVSaúde foi marcado pela ambigüidade sendo apontado por Bravo (1996) como “progressista-autoritário” pois, foi elaborada de forma dissociada da sociedade civil, transformando apenas na racionalização do modelo vigente.

Com a crise na previdência, ocorrida em 1981, o governo criou o Conselho Consultivo da Administração de Saúde e Previdência (CONASP) como estratégia para combater fraudes e conter custos. Este conselho passou a absorver técnicos ligados ao movimento sanitário dando início a ruptura do modelo vigente, com a implantação do Plano CONASP (Plano de Reorientação da assistência a Saúde no Âmbito da Previdência Social), *que tem um significado expressivo nas políticas de saúde no Brasil por ter representado a iniciativa mais ampla das políticas racionalizadoras na organização da Assistência Médica Previdenciária*. O plano iniciou-se pela fiscalização de contas dos prestadores de serviços credenciados, e propôs a reversão gradual do modelo médico-assistencial. Sendo assim, o CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que viam nesta tentativa a perda da sua hegemonia dentro do sistema e a perda do seu status. (ARAUJO, 1988)

O plano objetivou também a melhoria da qualidade dos serviços e a extensão da cobertura a população rural assumindo integralmente a responsabilidade estatal sobre a política e o controle do sistema de saúde. *Propõe utilizar totalmente a capacidade ociosa do setor público articulando as modalidades assistenciais que asseguram melhor qualidade no atendimento*. Esta proposta recupera proposições presentes no PREV-SAÚDE, como a regionalização do Sistema de Saúde, a hierarquização de todos os serviços públicos e privados de acordo com a sua complexidade com mecanismos de referência e contra-referência, a vinculação da clientela ao domicílio e a montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial. (ARAUJO, 1988)

Em 1983 o plano teve como estratégia básica a Ações Integradas de Saúde (AIS). Um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas e educativas concomitantemente. Assim, a Previdência passou a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

As AIS assumiram a perspectiva da universalização da atenção básica acompanhada de integração, regionalização e hierarquização das ações de saúde. A expansão da rede básica de saúde no setor público, resultante desse convênio,

proporcionou à atenção primária um papel central na política local de saúde. Isto porque a partir da expansão da rede ambulatorial criou-se uma demanda pela organização de ações, inclusive em relação à assistência médica no nível primário de atenção prevendo sua articulação com os de maior complexidade. Deve-se lembrar que o movimento de crítica ao sistema de saúde vigente e às propostas limitadas dos programas de extensão de cobertura, leia-se de atenção primária, partiu exatamente da necessidade de articular a assistência médica à saúde pública. (FAUSTO, 2005)

Neste contexto, a discussão da questão saúde passou por novos parâmetros em que a sociedade civil passa a ser um protagonista. De acordo com Bravo (1996) a *saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.*

A vitória da oposição em vários estados brasileiros em 1982, o movimento das Diretas Já (1985), a eleição de Tancredo Neves para presidência da República e a instalação do governo de transição democrática marcaram o fim do regime militar e criaram um clima favorável a canalização política do projeto contra hegemônico que vinha se estruturando nos últimos anos, culminando com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que representou um marco nas políticas de saúde no pós-1964 expressando um momento de consolidação e cristalização das lutas do passado, lançando a base da reforma sanitária.

A 8ª CNS, realizada em 1986, que contou com a participação de diferentes segmentos da sociedade brasileira, é considerada um marco no processo da reforma sanitária brasileira, nela foram pactuados e legitimados os princípios e diretrizes do SUS. A ênfase dada aos serviços básicos de saúde e conseqüentemente à atenção primária como estratégia de reorientação da atenção à saúde, de acordo com os preceitos de Alma-Ata e defendido na 7ª CNS, não foi o propósito da 8ª CNS. Como resultado central desta conferência, temos o estabelecimento de um consenso político que permitiu a conformação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito ampliado de saúde, a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS). Estavam propostos os caminhos para a construção do SUS e do aprofundamento do processo de descentralização administrativa iniciado anteriormente.

A partir da realização desta Conferência, surgem as propostas da Reforma Sanitária e do Sistema Unificado de Saúde (SUDS) que apontam para possibilidades mais concretas de direcionamento do setor e da democratização da assistência.

O aprofundamento da crise econômico-financeira da Previdência Social acelerou a reforma no setor saúde, principalmente a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982. As AIS efetivamente produziram um deslocamento relativo de recursos financeiros da Previdência para o setor público prestador de serviços de saúde e promoveram uma integração das ações setoriais. Este processo acentuou-se com a estruturação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) e com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a implementação do primeiro, ocorreu um deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, permitindo uma efetiva descentralização administrativa. Com a implementação do segundo, através da nova Constituição Federal, ocorreu a descentralização, a nível municipal, da gestão dos serviços públicos de saúde. (MEHRY & QUEIROZ, 1993)

Como resultado imediato da VIII CNS, em 20 de julho de 1987 foi assinado o decreto de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinha como um de seus desafios à eliminação do INAMPS, enquanto estrutura burocrática de concentração de poder, e que passaria do nível federal para os níveis estaduais e municipais os serviços de saúde. O SUDS traduz-se num processo de radicalização da estratégia das AIS, atendendo a demanda por descentralização administrativa. Contudo, o SUDS não se concretiza na prática motivada por um clientelismo político, interesses da iniciativa privada e resistência quanto ao repasse de verbas para aos municípios.

Entretanto, não representou mudanças significativas, devido a falta da efetiva descentralização administrativa a nível municipal e também, por desconsiderar a questão da participação popular.

No que se refere à importância das AIS enquanto transição para o Sistema Unificado de Saúde, o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados apresentou enquanto diretriz para uma nova política de saúde a implementação de um Sistema Unificado de Saúde Federalizado e Democrático, constituído a partir do aprofundamento das experiências das AIS.

Os pressupostos básicos para as políticas de extensão de cobertura que caracterizaram as propostas racionalizadoras desde o PIASS, as AIS contem o conceito de regionalização dos serviços que tem sido amplamente preconizado pela O.P.S. na América Latina enquanto instrumento para a viabilização da política de extensão dos serviços de saúde e de reorganização da atenção primária. De acordo com essas

recomendações a proposta de regionalização visava a organização racional dos diferentes serviços, através da coordenação de unidades operativas em um sistema de complexidade crescente e independente a partir da atenção primária, de modo a prestar assistência sanitária completa a uma comunidade.

A proposta de regionalização contém a idéia de hierarquização dos serviços e da referencia e contra-referência dos usuários, que são caracterizados enquanto conceitos estratégicos e elementos fundamentais para a sua viabilização.

A hierarquização consiste em um processo de reordenamento da rede de serviços de saúde por níveis de complexidade crescente de cuidados operacionais e preconiza que as unidades de saúde são responsáveis por determinar a complexidade dos cuidados a ser desenvolvidos pela unidade. Pressupõe a centralização das unidades mais complexas e a descentralização da atenção mais simples de forma que o conjunto da população tenha acesso a todas as ações básicas.

O conceito de níveis de atenção parte do suposto de que existe certa relação entre a complexidade de uma determinada situação de saúde e a complexidade dos métodos e recursos necessários para atender a esta situação. Eles se constituem em diferentes tecnologias apropriadas quanto à eficácia, ao custo social e a viabilidade para a solução de um conjunto específico de problemas.

A regionalização é entendida enquanto um esquema de implantação racional dos recursos de saúde, organizados dentro de uma disposição hierárquica onde seja possível oferecer uma máxima atenção no nível das unidades básicas e onde se assegure a utilização apropriada dos demais serviços. Essa proposta prevê a garantia de conexões e mecanismos de referência e contra-referência estabelecidos para integrar vários níveis e instituições em um conjunto coerente capaz de servir a todas as necessidades em uma base populacional definida.

A regionalização é caracterizada enquanto uma distribuição de serviços e recursos em uma determinada área, de forma a facilitar o acesso, oferecer alta qualidade dos serviços, baixo custo e equidade com uma melhor e mais rápida resposta as necessidades dos usuários. A regionalização funcional por níveis de complexidade crescente conectados por mecanismos de referência e contra-referência e pelo apoio logístico e tecnológico entre os níveis, é reconhecida como estratégia fundamental para se atingir a extensão da cobertura com maior eficiência.

Os mecanismos de encaminhamento de usuários se caracterizam enquanto elementos que facilitadores da articulação da rede de prestação de assistência a saúde,

e têm importante papel na garantia do trânsito oportuno dos usuários com necessidades menos complexas, as mais complexas, contribuindo para elevar a eficiência e a eficácia dos serviços. Uma efetiva ampliação da cobertura dos serviços de saúde, bem como a continuidade do atendimento ao usuário implica em que se estabeleçam instrumentos de articulação apropriados entre os diferentes níveis de atenção que possibilitem não somente a transferência dos usuários a assistência que se faz necessária, como também o intercâmbio de informações e o apoio técnico para o funcionamento adequado do conjunto.

A acessibilidade constitui uma condição para se atingir uma maior cobertura dos serviços e depende de fatores como a oferta contínua e sistemática dos serviços e sua disponibilidade a população os aspectos geográficos, culturais, econômicos e funcionais. Ou seja, serviços oportunos, permanentes e mecanismos de referencia e contra-referência que assegurem o fácil deslocamento para o nível de atenção necessário. A partir desta concepção, o primeiro nível de atenção deveria estar conectado aos demais níveis do sistema de saúde com a finalidade de assegurar o acesso de todos os usuários aos serviços disponíveis.

Conforme recomendação de Alma-Ata, os cuidados básicos de saúde deveriam ser apoiados por sucessivos níveis de facilidade de encaminhamento, de forma a empreender em âmbito progressivamente mais amplo, ações especializadas de saúde que requeiram tecnologia mais sofisticada do que a capaz de ser oferecida em nível dos cuidados básicos de saúde. De acordo com essas orientações seria necessário definir procedimentos claros para cada nível de atenção com o objetivo de assegurar melhor os encaminhamentos dos usuários. Considera-se ainda que os mecanismos de encaminhamento de usuários devam ser acionados tanto para a complementação do cuidado em um mesmo nível quando os serviços não contarem com os recursos necessários, como também para a integralização da assistência quando esta implicar no desenvolvimento de tarefas de maior complexidade em outro nível de atenção.

Diante de tais modelos de atenção, que marcaram o desenvolvimento da política de saúde nos últimos anos, os mecanismos de referencia e contra-referência enquanto componentes da organização dos serviços e de uma determinada modalidade de prestação de assistência colocam-se como fundamentais no processo de racionalização ampliada do setor saúde.

É inegável a expansão da rede pública ambulatorial, nesse período, que foi acompanhada da adoção do modelo de atenção previdenciário, baseado na consulta médica especializada, no uso de recursos tecnológicos e pouca ênfase nas ações de prevenção. Privilegiou-se a lógica curativa das doenças na organização assistencial a partir da produção de consultas médicas ambulatoriais.

O SUDS pensado como estratégia intermediária para se alcançar a reforma do sistema de saúde, na perspectiva do movimento sanitário se constituiu em aperfeiçoamento das AIS. Porém, apesar dos avanços, o SUDS levaria a uma excessiva estadualização da desconcentração, incentivando a uma ação clientelista de municipalização seletiva pouco valorizando os distritos sanitários³ como forma de modificar o modelo assistencial vigente. O resultado foi que o SUDS não conseguiu a garantir efetividade e eficiência ao sistema público de saúde, exercendo baixo impacto em favor da municipalização e resultados pouco expressivos *na questão da descentralização e na reorganização dos serviços, pois suas práticas continuavam dando ênfase à assistência médica individual em detrimento das ações de caráter mais coletivo.* (OLIVEIRA, 2004).

A base tecnológica do modelo assistencial SUDS-AIS é o da Assistência Médica, que entende uma hierarquia de enfrentamento dos processos coletivos das doenças através de um pronto-atendimento como primeira ação, a partir da qual 'sobram' os casos a serem enfrentados por uma ação médica mais instrumentalizada tecnologicamente. (MERHY, 1994).

Sua implementação propiciou a estruturação de instâncias mais permanentes de participação popular organizada e a experimentação imediata de formas organizativas e gerenciais propostas para a reforma sanitária, como a fusão de estruturas administrativas, a implantação de distritos sanitários e o controle dos contratos, convênios e credenciamentos do INAMPS no âmbito estadual.

³ Assim, pode-se dizer que os Distritos Sanitários representam um espaço de luta política e ideológica no processo de mudança do modelo de atenção à saúde de nosso país. Eles se estruturam segundo a lógica da atenção às necessidades de saúde da população e se fundamentam em uma concepção ampliada do processo saúde-doença. Podem ser vistos como unidades “morfo-funcionais” integradas em um sistema de saúde, considerando critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e político-ideológicos. São as instâncias onde se localizam os recursos de saúde organizados e capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde de sua área de abrangência por meio de ações integradas. (OLIVEIRA, 2004)

Com relação à atenção básica, o SUDS tratou esta questão como parte intrínseca às propostas para a reorganização dos serviços de saúde, particularmente, a formação dos distritos sanitários (PAIM, 1994), em que se enfocava a atenção integral – preventiva e curativa e a regionalização dos serviços de saúde como forma de garantir a resolubilidade dos serviços de saúde, sempre orientados pelas necessidades locais.

Neste sentido a atenção básica não era o tema central no momento SUDS, ainda que fizesse parte das discussões sobre organização dos serviços de saúde. (OLIVEIRA, 2004)

1.3 - O Sistema Único de Saúde - momento de redefinição do modelo de atenção à saúde.

Se na década de 1980 as alterações na condução da política de saúde foram movidas essencialmente pelo cenário nacional, o mesmo não se pode falar das medidas adotadas na política de saúde nos anos de 1990. O processo de Reforma Sanitária, cristalizado na década de 1980, em parte, esteve ancorado na discussão nacional capitaneada pela questão da democracia e direitos de cidadania e pela questão da crise do modelo médico previdenciário.

Este processo de redemocratização que marcou a década de 1980 ampliou as demandas sobre o Estado e produziu a “Constituição Cidadã”, que incorpora um conjunto de conceitos, princípios e propostas construídas por esse movimento, destacando-se o conceito ampliado de saúde numa perspectiva de políticas sociais e econômicas articuladas, o entendimento da saúde como direito social universal e a criação de um Sistema Único de Saúde organizado, descentralizado e com participação da comunidade.

Para tanto, a nova Constituição instituiu o Sistema de Seguridade Social baseado em princípios de solidariedade social, com vistas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, mediante “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade”(BRASIL, 1988).

A ampliação do leque de direitos sociais e a definição de princípios norteadores da política de saúde pautado no reconhecimento da saúde como direito social e dever do Estado foi uma das principais mudanças colocadas pela CF de 1988. (FAUSTO, 2005)

Isto representou uma mudança significativa na questão da saúde, pois esta passou a ser organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

No texto Constitucional o Estado procurou resgatar o compromisso com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando o direito de Cidadania. De acordo com Bravo (1999)

A noção de Reforma Sanitária contém um projeto que é, simultaneamente, técnico e político, de intervenção positiva na configuração assumida pela problemática da saúde na sociedade brasileira contemporânea, e são seus fundamentos principais: um conceito abrangente para Saúde, que a toma como uma resultante das condições de vida e trabalho prevalentes na sociedade e do padrão de organização da base estruturada de serviços de saúde, voltado ao indivíduo, às coletividades e ao meio ambiente; também adota um posicionamento político claro quanto ao caráter público que o conjunto de ações e serviços de saúde deve assumir no país, de tal modo que a Saúde seja preservada como uma função típica do Estado, como dever do Estado.

O capítulo dedicado à saúde contempla os seguintes pontos: a universalidade da cobertura e do atendimento, a equidade na forma de participação no custeio, descentralização das ações de saúde, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridades para as ações preventivas; participação da comunidade na gestão do SUS; a participação e a diversidade das bases de financiamento; o caráter suplementar do setor privado e relevância do setor público onde o Estado tem poderes de regulação sobre ambos. Para garantir o direito à saúde, a CF criou o SUS, cuja regulamentação ocorreu mediante a promulgação da Lei Orgânica da Saúde - LOS (Leis 8080/90 e 8142/90).

Porem, o fortalecimento do regime neoliberal a partir da década de 90 do século XX, baseado na lógica do mercado influenciou o desmonte das políticas públicas, bem como a precarização do sistema público tornando-se um dificultador para a implantação de um modelo de atenção à saúde baseado na lógica do direito.

Nesse período, marcado por crise e adoção de medidas para a reestruturação da economia brasileira, nota-se um franco embate político e ideológico no sentido de fazer valer a bases legais do SUS prevista na Constituição Federal de 1988, em contraposição às medidas de redução da atuação do Estado. Isto suscitou formas de gerenciar o SUS muitas vezes distante do padrão desejado pelo movimento sanitário e nem sempre em

concordância com os preceitos definidos legalmente. Contudo, prevaleceu o SUS como processo social em construção.

Os efeitos da crise econômica repercutiriam negativamente e de forma intensa nos investimentos da área social, tendo reflexos importantes no setor de saúde. Além desses aspectos, a implantação do SUS encontraria ainda uma série de outras dificuldades no que diz respeito à sua operacionalização. Dentre as principais dificuldades foi a falta de definição quanto ao financiamento das ações de saúde, a falta de definição clara das funções dos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) e as formas de relacionamento público/privado. O início dos anos 90 marcaria o começo de uma fase de declínio no financiamento público do setor de saúde.

Neste cenário de reestruturação econômica e crise do Estado, é possível verificar um franco embate político e ideológico no sentido de fazer valer as bases legais do SUS previstas na Constituição Federal de 1988, em contraposição às medidas de redução da atuação do Estado, *vis a vis* a expansão do setor privado. Isto suscitou formas de gerenciar o SUS nem sempre em concordância com os preceitos definidos legalmente, muitas vezes, distanciado do padrão ideal do SUS verificado no discurso do movimento sanitário. Mas, foi possível pensar num SUS em processo de construção.

Ao longo dos anos de 1990 se configuraram dois momentos distintos em relação às políticas de saúde: o primeiro momento, durante o governo Collor de Melo em que se verifica a redução dos investimentos no setor e a tentativa de alteração dos caminhos da reforma, com a clara intenção de reduzir a atuação do Estado, utilizando-se a estratégia de mercado. O segundo momento, durante o governo FHC, embora envolvido com as reformas baseadas no Estado mínimo, buscou fortalecer a proposta SUS mediante a introdução de mecanismos de regulação que retomam e expandem o processo de descentralização e municipalização da saúde iniciado no período anterior ao SUS, mas que ao mesmo tempo têm reforçado o centralismo da política na condução do processo. (LOBATO, 2000)

Desta forma, ocorreu na década de 1990 uma grande expansão da atenção médica supletiva, favorecida pela política neoliberal, hegemônica no Brasil ao longo de todo esse período, fato que continuou a promover o chamado universalismo excludente em função da queda da qualidade dos serviços públicos de saúde e da viabilização, pelo modelo neoliberal, do acesso de camadas sócio-econômicas mais privilegiadas ao setor privado. Esta situação enfraqueceu os movimentos sociais organizados que lutavam por um sistema público de saúde de qualidade, pois suas expectativas quanto ao

atendimento público se reduziriam cada vez mais na medida em que o seu referencial de assistência de saúde passasse a ser o sistema privado.

Ademais, de um ponto de vista político, essa universalização excludente, ao expulsar grupos sociais portadores de maior capacidade de vocalização, contribui para erodir as bases sociais da Reforma Sanitária ao anular a capacidade de formação de opinião pública das camadas médias e a força de mobilização dos sindicatos ligados aos setores industriais modernos” (MENDES, 1994).

Outro desafio enfrentado refere-se à precariedade dos recursos, não apenas material como também humano, ou seja, não está sendo cumprido o que está estabelecido no artigo 27 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90).

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I-organização de um sistema de formação de recursos humano em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; II (vetado); III (vetado); IV- valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS. (Lei 8080/90 art. 27.).

Atualmente, a atenção à saúde no SUS é rodeada de aspectos contraditórios e complementares, com ações de práticas de saúde descentralizadas visando a integralidade, a universalidade e o aumento da equidade, como a incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes, a fragmentação do processo de trabalho e esgarçamento das relações entre os diferentes profissionais, com pouca interação entre as equipes. Bem como, o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; a burocratização; além do baixo investimento na qualificação dos trabalhadores voltada para a gestão participativa e trabalho em equipe. Assim gera-se uma diminuição do compromisso e da co-responsabilização na produção de saúde e desrespeito aos direitos dos usuários.

As modificações ocorridas ao interior do processo de trabalho em saúde, envolvendo o objeto, os agentes e os instrumentos de trabalho, bem como no plano da organização dos serviços, implicando em alterações na relação entre instituições e níveis de prestação de serviços, tem-se desenvolvido dentro de uma dinâmica política onde estão expressos os interesses e o poder de diferentes classes sociais e de distintos grupos dentro do setor saúde. Essas modificações vão corresponder a uma dada divisão social e técnica do trabalho em saúde, permitindo o surgimento de novas relações ao

interior do processo de produção do cuidado, que pode ser caracterizada como relações de poder.

No que tange ao processo de organização dos serviços, essas alterações podem conformar novos modelos organizacionais de produção do cuidado e são importantes de serem consideradas na análise dos limites e possibilidades da Referência e contra-referência.

O desenvolvimento de mecanismos de encaminhamento de usuários entre os diferentes níveis de atenção, pode ser caracterizado por fim, como componentes das relações hierárquicas que se estabelecem entre as unidades e os níveis de atenção a saúde. Estas relações não se dão de forma mecânica, mas são determinadas pelas parcelas diferenciadas de poder técnico e administrativo distribuídos na estrutura da prestação de serviço, que se expressam nos distintos graus de concentração de recursos inclusive tecnológicos e organizacionais. Essa distribuição desigual de recursos ao interior de uma rede de serviços, esta relacionada com os diferentes graus de desenvolvimento tecnológico e de complexidade existentes, e vai resultar em distintas possibilidades de eficácia ou resolutividade o que por sua vez vai possibilitar acumulações diferenciadas de poder.

E possível analisar o surgimento de conflitos e contradições entre os níveis de atendimento e as unidades de saúde com diferentes perfis tecnológicos e capacidade de poder em uma rede de serviços, o que pode repercutir no desempenho da referência e contra-referência. Por outro lado, o funcionamento desses mecanismos de encaminhamento permitiria a explicitação desses conflitos podendo favorecer a criação de elementos para a sua superação, proporcionando dialeticamente mudanças na produção do cuidado, interferindo na manutenção ou transformação de um determinado modelo de atenção.

Outro importante marco histórico foi a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000) com o tema: "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social ". O caminho proposto pela 11ª CNS foi o de combinar de forma exata, o controle social da macro política para a saúde, que contém as grandes linhas do modelo assistencial e de gestão, com o controle social da micro política de organização das redes assistenciais, que operam ao nível de cada estabelecimento de atenção à saúde, onde ocorre de forma reveladora, o encontro dos serviços com os usuários e suas necessidades. É neste lugar, que se dá a

implementação real das diretrizes do modelo assistencial proposto pelo SUS e onde o serviço ganha ou não legitimidade do conjunto da população.

Os participantes da 11ª CNS reafirmaram a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal, no provimento da saúde ao povo. Da mesma forma, os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da equidade foram reiterados constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS.

Destacaram ainda que deva ser garantida a cobertura integral da assistência (básica, média e alta complexidade) pela rede do SUS, para cada necessidade identificada, estruturando um efetivo sistema de referência e contra-referência, com garantia do atendimento dos níveis secundário e terciário, com controle social.

A fim de se alcançar esses objetivos, o setor saúde vem sofrendo um conjunto de mudanças, baseadas nos princípios doutrinários: da universalização no atendimento que se configura no direito à saúde e aos seus serviços a todos os cidadãos; na integralidade da atenção, pressupondo a oferta pública de ações preventivas e curativas, básicas, de média e alta complexidade, na equidade no acesso aos serviços de saúde e na participação e controle da sociedade civil na gestão do processo, incentivando a formação dos chamados Conselhos de Saúde. Além disso, o SUS possui também princípios organizativos que vem provocando mudanças na organização e prestação dos serviços de saúde, como a hierarquização do atendimento, a fim de garantir referência e contra-referência diante dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e a regionalização com a coordenação dos níveis de atenção e com a formação de consórcios intermunicipais para atender as necessidades regionais. São princípios e valores norteadores da reforma do sistema de saúde, que ainda hoje, não estão completamente refletidos nas ações e serviços de saúde, originando a necessidade de se melhor explorar e ampliar o seu conhecimento por parte dos profissionais e usuários do SUS.

Assim, ressalta-se a importância que o fortalecimento e a reorganização da atenção básica adquiriram no contexto da política setorial nos últimos anos. A estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios do país, principalmente nos grandes centros urbanos.

1.3.1 - NOB e NOAS

A integração entre os diferentes níveis do sistema pressupõe um status de organização que o SUS vem perseguindo desde a sua concepção. Para isso, no Brasil, o Ministério da Saúde vem estabelecendo uma série de regulações para o processo de descentralização como as NOBs e NOASs, promovendo a estruturação do sistema de saúde a partir da priorização da atenção básica, mais especificamente, através da Estratégia de Saúde da Família.

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, se iniciou o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre de forma negociada com as representações dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

Embora o instrumento que formaliza as Normas seja uma portaria do Ministro da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). No item 2 da NOB/SUS 01/93 relativo ao gerenciamento do processo de descentralização, foram criadas, como foros de negociação e deliberação, as Comissões Intergestores. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. No âmbito estadual, funciona a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado.

Uma das diretrizes fundamentais do SUS é a descentralização de ações e serviços de saúde, conforme prevê a Lei nº 8.080/90. A gestão descentralizada do SUS tem desafiado os gestores das três esferas de governo para a configuração de uma rede de ações e serviços de saúde, capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contra-referência municipal e intermunicipal.

Entre os objetivos das Normas Operacionais temos estão o de induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático operacionais; regular as relações entre seus gestores; e normatizar o SUS.

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96) e em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01) que foi revista e publicada em 2002, a qual se encontra atualmente em vigor (NOAS/SUS 01/02).

A primeira norma editada foi a Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (**NOB/SUS 01/91**), seus principais pontos foram:

- Equiparação dos prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento que passa a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços;
- Centralização da gestão do SUS no nível federal (INAMPS);
- Estabelecimento do instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.
- Passou a considerar como “municipalizados” dentro do SUS, os municípios que atendam os requisitos básicos estabelecidos;
- Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios. A cobertura ambulatorial anual é obtida da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação;
- Modificou o sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas) com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A **NOB/SUS 01/93** formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão. Em destaque, esta NOB:

- Cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
- Habilita municípios como gestores;

- Define o papel dos Estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passam a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde;
- São constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores.

O êxito das mudanças promovidas com a NOB/SUS 01/93 desencadeou uma ampla discussão no setor saúde e levou à construção de uma nova Norma Operacional Básica que representasse um salto de qualidade na oferta dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o País.

A **NOB/SUS 01/96** promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e municípios.

A estratégia de Saúde da Família, reforçada pela NOB/96, promoveu a reorganização dos demais níveis do sistema, segundo suas complexidades e economias de escala, de acordo com o princípio da abordagem integral. A integralidade então deveria acontecer tanto no sistema como em cada nível, a fim de se promover a resolução dos problemas de saúde da população.

Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 01/96 foram:

- Promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e União.
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;
- Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a Estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;
- Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federais, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores;

As principais alterações introduzidas na NOB/SUS 01/96 foram:

- O conceito original do PAB foi modificado. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e

passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência;

- A portaria 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB;
- O Valor Nacional da Parte Fixa do PAB foi definido em R\$ 10,00 per capita/ano a ser transferido fundo a fundo regular e automática aos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96;
- Foi criado o “valor máximo da Parte Fixa do PAB”, estipulado em R\$18,00 habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998;
- Foi criada a Parte Variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:
 - (a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
 - (b) Programa de Saúde da Família;
 - (c) Programa de Combate às Carências Nutricionais;
 - (d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
 - (e) Assistência Farmacêutica Básica;
 - (f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- Como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária foi definido um valor R\$ 0,25 habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB;
- Foi definida uma nova tabela do SIA/SUS.

O período de implementação do NOB/SUS 01/96 compreendido entre os anos de 1998 e 2000 foi marcado por uma série de importantes avanços no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde. Vários aspectos deveriam ser imediatamente regulamentados para viabilizar sua implantação, como por exemplo, os requisitos e instrumentos para habilitação, implantação de nova tabela do SIA/**SUS**, o valor do PAB, o Fator de Ajuste, a PPI, o Cartão **SUS**, a Vigilância Sanitária, as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, e a data do início de repasse automático fundo a fundo do PAB.

Em face de problemas observados durante a implementação da NOB/SUS 01/96, entre os quais podemos citar a questão da definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema, e da resolutividade e acesso a serviços, estabeleceu-se um amplo processo de discussão entre os gestores, que resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (**NOAS/SUS 01/01**), instituída pela portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

A publicação da NOAS/SUS 01/01 é o resultado de um longo processo de negociação que envolveu o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de

Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS/SUS 01/01 articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

O objetivo da NOAS/SUS 01/01 é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Estabelece o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. Cabe às secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde.

No que diz respeito à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS/SUS 01/01 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e definiu como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. A NOAS/SUS 01/01 definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (**NOAS/SUS 01/02**) foi o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 22 de novembro de 2001. Naquela data, foi firmado um acordo entre o CONASS e CONASEMS contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz

respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população não-residente que busca atendimento no município de referência.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) proposto na NOAS 2002 foi elaborado na perspectiva de garantir acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados as seguintes responsabilidades mínimas: assistência pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, cobertura preconizada pelo Plano Nacional de Imunizações (PNI), ações de promoção da saúde e de prevenções de doenças, tratamentos de intercorrências mais comuns na infância, atendimento de afecções agudas de maior incidência, acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência, tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais, tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais, controle das doenças bucais, suprimento e dispensação de medicamentos da farmácia básica.

Na busca de operacionalizar estas propostas, o Cartão Nacional de Saúde, regulamentado pela NOB/SUS 01/96, passa a ser uma estratégia de importância fundamental, porque deve contribuir para a organização de atenção à saúde a partir de dois eixos de grande importância para o Sistema Único de Saúde: a estruturação e a integração de sistemas de informação que permitiram a identificação do usuário; e a possibilidade real de organizar a gestão a partir das necessidades da população e dos fluxos dos usuários no interior do sistema de saúde.

1.3.2 - O Cartão Nacional de Saúde

Ao se adotar uma Política de Saúde com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, ou seja, para além dos cuidados com a doença, as informações de interesse para os profissionais de saúde quanto para o gestor possuem, por um lado um escopo bem maior que os dados de morbi-mortalidade. Por outro lado, a produção e disseminação de informações em saúde vêm se processando em um contexto fragmentado e fragmentador, com vários setores/órgãos/instituições gerindo a informação de modo desarticulado.

Neste sentido, diversas estratégias vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar estas informações e utilizar estas informações na gestão do sistema de saúde, para a melhoria da qualidade da assistência. Dentre as estratégias,

uma se destaca no que refere a integralidade, possibilitando a efetivação da referência e contra-referência dos usuários aos níveis de atenção, que é implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS). O Projeto Piloto do Sistema Cartão Nacional de Saúde (SCNS) encontra-se em processo de implantação desde o ano 2000 e é um projeto de longo prazo, envolvendo vários anos para sua completa implantação.

A proposta de implantação no Brasil de uma identificação única para os usuários do SUS é uma demanda do setor saúde expressa nos Relatórios das últimas Conferências Nacionais de Saúde (9ª, 10ª e 11ª) e a NOB/SUS 01/96 instituiu sua organização. O Cartão Nacional de Saúde, também denominado Cartão SUS, representa a materialização desta necessidade. Seu projeto é complexo por impactar no processo de trabalho cotidiano das unidades assistenciais, das SMS e das SES; envolver tecnologia de informação de modo intensivo; pressupor forte adesão das equipes de saúde e dos gestores pela sua dimensão técnica e política. Mas em contrapartida depende, para sua completa efetivação, de uso intensivo de telecomunicação, setor ainda com sérias restrições na maioria das localidades no Brasil e requer recursos financeiros importantes para sua expansão em larga escala nos Estados.

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação. (Portal Saúde)

O Cartão Nacional de Saúde permite a vinculação entre o atendimento realizado, o cidadão atendido, o profissional e a unidade de saúde que realizou o procedimento. O Cartão SUS representa importante instrumento de apoio aos gestores estaduais no que se refere, por exemplo, à regulação e à organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de 108 instrumentos de planejamento e de gestão do SUS saúde, e ao planejamento, pactuação e acompanhamento da PPI, por incorporar, também, os dados de procedência do paciente, tornando-se importante subsídio para as Câmaras de Compensação.

Diferentemente dos sistemas de informação tradicionalmente existentes no âmbito do SUS, o Sistema Cartão Nacional de Saúde não captura dados visando ao faturamento de serviços ou exclusivamente à Vigilância Epidemiológica, mas trabalha com o conceito

de captura de informações de atendimento. Do ponto de vista tecnológico, a solução de informática do Cartão Nacional de Saúde trabalha com algumas premissas, dentre elas o uso de arquitetura aberta de software, o uso de padrões, a garantia de independência de qualquer software ou hardware proprietário, incluindo o Sistema Gerenciador de Banco de Dados (SGBD) e a integração com os sistemas de informação de base nacional e/ou local. O sistema está baseado em cinco componentes principais:

- (a) os cartões de identificação dos usuários e dos profissionais;
- (b) a rede de comunicação;
- (c) os terminais de atendimento e os equipamentos para armazenamento e gerenciamento da base de dados;
- (d) os aplicativos do nível de atendimento e dos servidores e;
- (e) os aspectos de segurança e a política de controle acesso. (Portal Saúde)

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

O sistema permite a coleta de uma série de informações vinculadas ao atendimento realizado, contribuindo para a organização de serviços de saúde e para ampliação e qualificação do acesso dos usuários aos mesmos. Entre os objetivos do projeto, destacam-se:

- A construção de uma base de dados de histórico clínico;
- A imediata identificação do usuário, com agilização no atendimento;
- A ampliação e melhoria de acesso da população a medicamentos;
- A integração de sistemas de informação;
- O acompanhamento dos fluxos assistenciais, ou seja, acompanhamento do processo de referência e contra-referência dos pacientes;
- A revisão dos critérios de financiamento e racionalização dos custos;
- O acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde;
- A gestão e avaliação de recursos humanos.

O cartão estabelece um sistema de identificação comum, integrando usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde. Considerado do ponto de vista da atenção à saúde, sua adoção promove a identidade entre usuários e profissional com o Sistema Único de Saúde (SUS). Visto pelo ângulo da gestão, aprimora o processo de integração dos sistemas de informação em saúde e viabiliza o registro eletrônico de dados e informações, facilitando o processo de gestão (planejamento, acompanhamento e avaliação das ações). Com sua implantação, o usuário do SUS passa a receber um cartão magnético com um número identificador baseado no número do PIS/Pasep.

Para a efetivação da referência e contra-referência, é necessário que seja registrada a história clínica do usuário e de sua família, bem como a existência de um canal de comunicação efetivo entre os diversos estabelecimentos e profissionais de saúde, buscando neste espaço de articulação entre os serviços, a fim de propiciar o atendimento integral e de qualidade aos usuários do sistema de saúde, condições que serão atendidas com a implantação do CNS.

O novo CNS será chave de acesso ao prontuário eletrônico dos usuários do SUS nos diversos estabelecimentos de saúde, o que possibilitará a identificação do cidadão usuário, a vinculação dos indivíduos a suas famílias, e a partir dele serão gerados indicadores mais confiáveis. Como consequência espera-se maior agilidade ao atendimento, reforço a atenção integral ao indivíduo, na medida em que as informações geradas a partir da assistência estarão registradas de forma segura e acessível, o que certamente aumenta a efetividade do sistema.

Capítulo II

A priorização da AB na organização do sistema de saúde brasileiro.

2.1 - Organização da Atenção Básica: o legado de Alma Ata e a Estratégia de Saúde da Família como inversão do modelo de atenção à Saúde

O legado de Alma Ata

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, pela OMS e UNICEF Alma-Ata no ano de 1978, foi um marco na definição da atenção primária em saúde. Como resultado das várias experiências desenvolvidas em diferentes partes do mundo, nessa ocasião, a atenção primária em saúde foi definida considerando, a um só tempo, dois aspectos implícitos ao termo: como estratégia e como nível de atenção. Assim o compromisso assumido pelos países participantes da Conferência, explicitado na Declaração de Alma-Ata, foi de assegurar SAÚDE PARA TODOS NO ANO DE 2000, através do investimento na organização do sistema de saúde, com ênfase na atenção primária, que se pretendia mais eqüitativo, apropriado e efetivo para responder às necessidades de saúde apresentadas pela população a que se destina. Dessa forma, a atenção primária deveria imprimir respostas aos principais problemas de saúde da comunidade proporcionando serviços de promoção, proteção e reabilitação, integrados a sistemas de referência funcionais e efetivos (BODSTEIN,2002).

A Conferência é exemplo de um evento internacional que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental. Em que pese ter sido realizada num contexto acirrado da crise monetária internacional, ela continuou influenciando mudanças no cenário mundial durante toda a década de 1980, considerada a dos anos do ajuste fiscal. Ressalta-se que, mesmo antes dessa crise, muitos países já vinham enfrentando dificuldades no setor, decorrentes da crescente elevação dos gastos em saúde, levando à necessidade de reformas setoriais em muitos deles, configurando um cenário de movimento universal em prol da reforma dos sistemas de saúde, que abarca desde a necessidade de mudanças do modelo assistencial até a melhor alocação, racionalização e utilização dos recursos.

No caso brasileiro, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos.

A ampliação do conceito de saúde, fundamental para a constituição de um campo de conhecimentos e práticas para a promoção, parte do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo no risco individual para responder aos processos de saúde-doença. (Carvalho, 1995)

Nesse sentido, convém ressaltar que a própria idéia de "processo" aborda a saúde e a doença numa relação dinâmica, na qual interagem elementos de agressão e defesa, tanto internos como externos ao organismo, em uma permanente instabilidade que desencadeia novos ajustes a todo instante. Portanto, além da saúde não se constituir numa ausência de doença, uma vez que ambas interagem constantemente e não é possível estar definitivamente saudável ou totalmente doente, também esta relação se dá para além das fronteiras internas do organismo, cujas relações sociais e o meio físico externo se somam às características individuais. (Marcondes, 2004)

O importante documento produzido na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, que enfatiza a saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social" (Brasil – MS, 2001), pela primeira vez destaca como ponto fundamental para a saúde o envolvimento dos demais setores da sociedade além do setor médico e dos demais profissionais da saúde. Assim, apesar deste conceito indicar mais uma utopia do que uma possibilidade concreta, como pondera Carvalho (1995) sobre a ampliação do conceito de saúde:

Tal conceito, por um lado, sugere certo avanço na síntese das concepções mais expressivas sobre saúde conhecidas na época. No entanto, revela-se contraditório por supor um "completo estado de bem-estar", o que por definição é impossível de acontecer, uma vez que bem-estar físico, bem-estar mental e bem-estar social são estados de equilíbrio instável, que se definem na medida do dinamismo e dos conflitos de sociedades concretas. Isto também exemplifica o caráter processual da saúde e da doença.

Convém ressaltar que o marco de referência da declaração de Alma-Ata parte dos cuidados primários de saúde e, nesta perspectiva, defende que estes envolvem, pelo menos, educação (no que tange aos principais problemas de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle), além da distribuição de alimentos e nutrição apropriada; provisão adequada de água potável e saneamento básico; cuidados com a saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas, bem como tratamento apropriado de lesões comuns e acesso a medicamentos essenciais. Entretanto, chama a atenção para a importância de se envolver nesses cuidados primários todos os setores e elementos correlatos ao desenvolvimento nacional e comunitário, tal como a agricultura,

pecuária, produção de alimentos, indústria, educação, habitação, obras públicas e comunicações, entre outros, que ressaltam a importância dos demais setores sociais e econômicos. Ou seja (e eis um marco importante para as subseqüentes Conferências na área): a saúde não é de alçada exclusiva do setor sanitário” (Marcondes, 2004).

Um interessante exemplo que converge com esse posicionamento ampliado da saúde é a contestação da ênfase na especialização da atenção médica que, além de demandar alto custo, perde em efetividade ao concentrar-se no tratamento de uma determinada doença num indivíduo, como se este estivesse isolado no tempo e no espaço. Aliás, como define Starfield ao tratar da atenção primária (2002,):

A especialização direcionada ao tratamento da enfermidade não pode maximizar a saúde porque a prevenção da enfermidade e a promoção de um ótimo funcionamento transcendem as enfermidades específicas e requerem uma perspectiva mais ampla do que a que pode ser alcançada pelo especialista na enfermidade. A atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive. Além disso, raramente as enfermidades existem de forma isolada, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo.

E, ainda tendo como referência a atenção primária, a autora complementa: *para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual.* (Starfield, 2002).

Nesse sentido, ter saúde é mais do que não estar doente, pois envolve uma concepção de vida com qualidade, a qual se traduz no cotidiano em bem-estar físico, mental e social se não completo, pelo menos, potencializado ao máximo. Para tanto, de fato, os pré-requisitos da saúde e a maximização de seu potencial implicam necessariamente a participação de outros setores sociais e econômicos juntos ao setor sanitário. Porém, a participação conjunta desses setores, para ser sustentável, necessita vir acompanhada de justiça social e equidade, bem como paz, educação, moradia, alimentação, distribuição de renda e proteção do ecossistema, como defendeu em 1986 a Carta de Ottawa, ratificando importantes posições da Alma-Ata (Brasil – MS, 2001).

Esta ênfase na compreensão da saúde como um processo, no qual se prioriza a vida com qualidade ao invés da ausência de doença, situa a promoção da saúde em oposição crítica à medicalização da vida social e em defesa do posicionamento político

em torno de relações sociais mais eqüitativas. Esse ponto vem ao encontro, em especial, da diminuição da desigualdade do estado de saúde entre as populações de um mesmo país, e entre os países, como alerta a Declaração de Alma-Ata (Brasil – MS, 2001), assim como relaciona as condições de vida com os níveis de saúde da população.

De fato, a Conferência enfatizou a saúde como um direito humano fundamental e a mais importante meta social mundial, que os governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, que existem desigualdades chocantes e inaceitáveis na situação de saúde entre nações e internamente nos países, que o nível de saúde de todos os povos do mundo deve ser tal que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, que os cuidados primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias, que esta oferta deve-se dar mediante plena participação social e a um custo que a comunidade possa suportar que são parte integrante tanto do sistema de saúde do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico da comunidade, que a promoção e a proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e, por último mas não esgotando o assunto, que com a extensão de tais cuidados poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais. Para tanto, a Conferência concitou à ação internacional e nacional urgente e eficaz para que os cuidados primários de saúde fossem introduzidos, desenvolvidos e mantidos “de acordo com a letra e o espírito desta Declaração”. (Marcondes, 2004).

As palavras contidas neste documento conservam o vigor e a atualidade transcorridos quase 31 anos, e nos conduzem a refletir sobre as relações entre saúde e política porque, na singeleza de sua formulação, os cuidados primários escondem a complexidade de que se revestem e que os torna recorrentemente objeto de discussões e controvérsias, mesmo em países com políticas de saúde estruturadas, como é o caso brasileiro.

Na esteira da Declaração de Alma-Ata, a OMS promoveu algumas conferências internacionais com vistas a discutir estratégias que poderiam favorecer ou propiciar a operacionalização dos cuidados primários. Destas conferências, merece destaque especial a primeira, realizada em Ottawa em 1986, pois nela se toma originalmente a promoção da saúde como eixo e na Carta promulgada se definem cinco campos de

ação: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. As conferências subseqüentes - Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991 e Jacarta, 1997 - discutiram os três primeiros campos, e os relatórios produzidos permitem inferir as mudanças conceituais e políticas que aos poucos foram sendo introduzidos no arcabouço dos cuidados primários.

A Estratégia de Saúde da Família como inversão do modelo de atenção à Saúde

No Brasil, a consagração do direito universal à saúde formalizada pela Constituição de 1988 permanece como um desafio nos dias atuais. O projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê uma organização abrangente da atenção, prevenção e promoção à saúde, capaz de responder as demandas substantivas da população brasileira, resumindo uma concepção avançada de cidadania sanitária (BODSTEIN,2002).

Outro importante marco histórico foi a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000) com o tema: "**Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social**". O caminho proposto pela 11ª CNS foi o de combinar de forma exata, o controle social da macropolítica para a saúde, que contém as grandes linhas do modelo assistencial e de gestão, com o controle social da micropolítica de organização das redes assistenciais, que operam ao nível de cada estabelecimento de atenção à saúde, onde ocorre de forma reveladora, para o bem ou para o mal, o encontro dos serviços com os usuários e suas necessidades. É neste lugar, que se dá a implementação real das diretrizes do modelo assistencial proposto pelo SUS e onde o serviço ganha ou não legitimidade do conjunto da população. Quanto mais facilitado e humanizado for o acesso às ações e serviços de saúde e controlados pela comunidade, mais legítimos estes serviços serão para os usuários.

Os participantes da 11ª CNS reafirmaram a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal, no provimento da saúde ao povo. Da mesma forma, os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da equidade foram reiterados constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS.

Destacaram ainda que deva ser garantida a cobertura integral da assistência (básica, média e alta complexidade) pela rede do SUS, para cada necessidade identificada, estruturando um efetivo sistema de referência e contra-referência, com garantia do atendimento dos níveis secundário e terciário, com controle social.

A fim de se alcançar esses objetivos, o setor saúde sofreu um conjunto de mudanças, baseadas nos princípios doutrinários: da **universalização** no atendimento que se configura no direito à saúde e aos seus serviços a todos os cidadãos; na **integralidade** da atenção, pressupondo a oferta pública de ações preventivas e curativas, básicas, de média e alta complexidade, na **equidade** no acesso aos serviços de saúde e na **participação** e controle da sociedade civil na gestão do processo, incentivando a formação dos chamados Conselhos de Saúde. Além disso, o SUS possui também princípios organizativos que vem provocando mudanças na organização e prestação dos serviços de saúde, como a **hierarquização** do atendimento, a fim de garantir referência e contra-referência diante dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, a **descentralização** política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e a **regionalização** com a coordenação dos níveis de atenção e com a formação de consórcios intermunicipais para atender as necessidades regionais. São princípios e valores norteadores da reforma do sistema de saúde, que ainda hoje, não estão completamente refletidos nas ações e serviços de saúde, originando a necessidade de se melhor explorar e ampliar o seu conhecimento por parte dos profissionais e usuários do SUS.

Assim, ressalta-se a importância que o fortalecimento e a reorganização da atenção básica adquiriram no contexto da política setorial nos últimos anos. A estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios do país, principalmente nos grandes centros urbanos.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção básica no país, se configura numa possibilidade de resolver esta problemática, na medida em que estes programas mantêm, entre seus pressupostos estratégias de intervenção básicas, as perspectivas de ampliação do acesso e de extensão de cobertura por serviços de saúde, de racionalidade técnica e econômica, de integralidade e humanização do atendimento, da participação popular em saúde, do estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (VIANA & FAUSTO).

Em sua lógica de organização, a Estratégia Saúde da Família (ESF) reafirma e incorpora os princípios e diretrizes da universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, num modelo de atenção que pressupõe a saúde como um direito de cidadania. Está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS), que é transformada em Unidade de Saúde da Família (USF), desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos, de forma integral, contínua, humanizada e resolutiva, através de ações programáticas abrangentes e intersetoriais. A organização da assistência prestada pressupõe uma intervenção interdisciplinar sobre os fatores de risco às quais a população está exposta, a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.

A ESF busca substituir as práticas tradicionais de assistência centradas na doença, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução de problema de saúde, com a prevenção de doenças, bem como a promoção da qualidade de vida da população. Neste sentido propõe trabalhar o processo saúde-doença através de intervenções que ultrapassem as práticas curativas, com enfoque para a vigilância em saúde. Estas intervenções podem ser compreendidas a partir dos aspectos que caracterizam o acesso, a humanização do atendimento, a resolutividade, a visita domiciliar, o trabalho em equipe, as ações educativas e a participação popular.

Contudo, alguns elementos vêm dificultando a expansão da ESF, de cunho organizativo e estrutural. Dentre eles, podemos destacar a própria estrutura do Ministério da Saúde, que é extremamente centralizadora, o que vem dificultando um aprofundamento do processo de descentralização; a existência da noção de que a atenção primária é sinônimo de tecnologia simplificada, por parte dos opositores à ESF; em contraponto as exigências econômicas e a adoção de políticas de ajuste econômico, principalmente no âmbito da saúde, que compromete não só a ESF mas também o processo de consolidação do SUS; e principalmente a lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos no Campo da Saúde Coletiva, as resistências corporativas dos profissionais que compõem a equipe mínima, e a incapacidade de desenvolver uma intervenção interdisciplinar, o que constitui objeto de discussão deste trabalho.

A equipe de Saúde da Família deve desenvolver ações de promoção e prevenção, tratamento e recuperação de agravos, de forma integral, contínua, humanizada e resolutiva, através de ações programáticas abrangentes e intersetoriais. A organização

da assistência prestada pressupõe uma intervenção sobre os fatores de risco às quais a população está exposta, a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.

A atenção está então centrada na família em seu contexto sócio-cultural, na perspectiva do ideário da promoção da saúde, valorizando como condição fundamental o poder e a capacidade desses grupos sociais no sentido da articulação, construção e defesa dos seus direitos em saúde.

O concepção de saúde que norteia a ESF não se reduz à ausência de doença, mas sim como um processo histórico e social, indo, portanto muito além do caráter biologista e mecanicista. Alargando este conceito, Merhy (2002) afirma que o objeto da saúde não é a cura, mas a produção do cuidado por meio do qual se poderá atingir a cura e a saúde a que se pretende alcançar.

Para atuar numa equipe de Saúde da Família, o profissional precisa compreender a nova dinâmica do processo de trabalho, estando inserido num processo de capacitação permanente, que subsidie o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à nova concepção de trabalho, de forma a estarem preparados para o enfrentamento de situações e problemas no cotidiano da comunidade que está sob a sua responsabilidade.

Através do trabalho da equipe de Saúde da Família, busca-se a comunicação e troca entre os saberes específicos dos profissionais da equipe e o saber popular do agente comunitário de saúde e da população na construção de uma vida saudável e no processo de cura e reabilitação. Para que este trabalho atinja seu objetivo, é importante o planejamento de suas ações, tornando-se necessário o conhecimento da realidade das áreas a serem trabalhadas, para identificar os problemas existentes, suas causas e riscos, ajudar a identificar as prioridades e os recursos disponíveis, para responder efetivamente as necessidades de saúde da população.

2.2 - Referência e Contra-Referência a partir dos conceitos de integralidade, acesso e resolutividade.

2.2.1 - A integralidade como norteadora da organização dos serviços de saúde

A integralidade da atenção, percebida por alguns autores como diferentes dimensões ou sentidos, é trabalhada por Mattos (2001) a partir de três grandes eixos ou grupos de sentidos, tais como: a visão integral do profissional; a integração das ações nos serviços de saúde e seus processos de trabalho; e a integração do sistema de saúde enquanto política setorial. Dentre esses três grandes grupos, essa dissertação enfocará a questão da integração do sistema através da referência e contra-referência dos usuários do SUS.

Segundo Hartz e Contradiopoulos (2004), o conceito de integralidade remete à integração de serviços através de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência entre os atores e as organizações, tendo em vista que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências para solucionar os problemas de saúde da população.

Para Prado,

o princípio da integralidade consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender estas necessidades de forma integral. Assim, o SUS deve atender as necessidades oriundas de todos os níveis de complexidade do sistema, por meio de ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação. (2007).

A integralidade, para além de um princípio organizador da assistência à saúde, deve ser tomada como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, como dimensão dessas práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho (Mattos, 2001). Uma definição ampliada de integralidade pode ser elaborada a partir do entendimento das necessidades de saúde centradas em quatro eixos: a) qualidade de vida, conseqüência de fatores ambientais e/ou do lugar ocupado no processo produtivo; b) acesso às tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida; c) vínculo entre usuário e profissional de saúde; d) autonomia na condução da vida (Cecílio, 2001).

Assim, a integralidade

(...) está intimamente ligada à concepção de saúde e doença. Aponta para a necessidade de superação da dicotomia entre ações preventivas/curativas e individuais/coletivas, em direção às ações que satisfaçam as necessidades relacionadas à promoção e recuperação da saúde. Incorpora o debate sobre a forma de programar a oferta de serviços, exigindo uma articulação entre os vários profissionais que compõe a equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica da assistência. (PRADO, 2007)

Mais que o cuidado na totalidade das necessidades humanas, a integralidade implica em um processo de continuidade desse cuidado, ou seja, no acompanhamento da assistência ao indivíduo, que pode ser avaliada, dentre outros aspectos, pela análise da referência/contra-referência desse indivíduo aos diferentes níveis de atenção. Por isso, a universalidade de acesso aos cuidados em saúde se configura como um dos princípios do SUS mais intimamente relacionados ao princípio da integralidade, uma vez que a condição para que se desencadeie uma atenção integral, ou não, é a inserção do indivíduo no sistema. Nesse sentido, justifica-se a importância de se associar a análise da integralidade com as medidas de acesso dos usuários aos serviços de saúde.

O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete ao conceito da integralidade, entendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, com fluxos ou percursos definidos e organizados espacialmente de forma a assegurar a continuidade dos cuidados em unidades localizadas o mais próximo possível dos cidadãos. A integralidade da atenção numa rede de ações e serviços de saúde pressupõe, ainda, a correspondência entre a escala das unidades de atenção, o território e sua população. As unidades de cada nível de atenção são capazes de solucionar problemas de saúde de um determinado número de pessoas e devem ser dimensionadas de forma a garantirem essa oferta de serviços com qualidade.

O principal referencial para a abordagem da questão do atendimento integral à saúde, ou da integralidade da assistência no SUS é fornecido pelos textos da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde. A primeira estabelece como segunda diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (art. 198, II). A Lei define como um dos princípios do Sistema a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e

curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art 7º, inciso II). O recente Pacto pela Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde, adota as mesmas definições.

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, inclusive, como um dos elementos chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidos pelas equipes de saúde da família (ESF).

A abordagem da integração dos sistemas e redes de saúde envolve diversos aspectos inter-relacionados, tais como: regulação dos serviços; processos de gestão clínica; condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação e apoio logístico. Tais aspectos são considerados por Hartz e Conrandiopoulos como elementos críticos para se garantir a integração das redes de saúde, sendo que alguns deles constam como princípios orientadores do processo de regulação da atenção estabelecidos pelo Pacto pela Saúde⁷, de 2006. Pode-se considerá-los como condições necessárias também para o bom funcionamento do sistema de referência e contra-referência.

Muito embora os princípios e diretrizes que regem o SUS constituírem-se em avanços sem precedentes no que se refere ao modo como deve ser operacionalizada a Política de Saúde, ou seja, como devem estar dispostos os serviços (hierarquização, regionalização, municipalização), sobre que perspectiva (conceito ampliado de saúde), nesses quase dezoito anos de SUS a sociedade brasileira depara-se com um quadro que demonstra uma desvalorização do indivíduo como sujeito de direito – devido ao contexto neoliberal na retração do Estado para com as políticas públicas, dentre elas a de Saúde – configurando-se um desafio para profissionais e usuários o cumprimento do atendimento integral e humanizado.

A descentralização político-administrativa é o importante eixo que sustenta o SUS, como um princípio/diretriz de organização e execução de atividades. De acordo com Carvalho e Santos (1995), as ações e serviços públicos de saúde encontravam-se, antes da década de 90 do século XX, centralizados na União. A partir da descentralização, esses passam então a obedecer a cada nível de governo (federal, estadual e municipal), o que privilegia o planejamento das políticas públicas em nível local, colocando o responsável pela ação perto do fato, diminuindo, assim, as desigualdades, promovendo

equidade no acesso aos serviços e justiça social através de políticas mais eficientes e condizentes com a realidade vivenciada pelo usuário. Segundo Hortale (2000), “se o sistema de saúde é descentralizado, ele vai permitir maior acesso dos usuários ao sistema”.

A partir da implementação do SUS, foram exigidos diferentes modelos de organização do trabalho na área de saúde, imprimindo-se novas formas de gestão⁴. Entretanto, essas mudanças não conseguiram superar as contradições presentes, como a exclusão e a precariedade dos recursos, o que ocasionou uma perda na qualidade do atendimento, impossibilitando a integralidade no atendimento, fato identificado quando da dificuldade de se conseguir realizar plenamente o processo de referência e contra-referência.

Segundo Hortale (2000),

Na dimensão política, a descentralização não é considerada um valor e um fim em si mesma, mas uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde. Consideramos que um sistema de saúde descentralizado, em uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade às diferentes instâncias do sistema de saúde, causa um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção e dá oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e desenho de novos modelos de atenção, papéis e funções, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, sindicatos e setores acadêmicos. Sua análise deve levar em consideração a missão e as funções do Estado, os serviços de saúde e os usuários do sistema no marco das características históricas e institucionais inerentes a cada realidade nacional.

A regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde são diretrizes do SUS. Até recentemente, a estratégia de descentralização, caracterizada pela municipalização, recebeu maior destaque do que a hierarquização dos serviços. Com o Pacto pela Saúde (2005/2006), foi retomada a proposta original de hierarquização através da organização de redes articuladas e efetivas de serviços que integrem as capacidades de diversos municípios, de modo a alcançar economias de escala e evitar ineficiências no sistema.

⁴ A gestão do SUS deve ser fundada na universalidade do acesso, na integralidade das ações, no controle social, na descentralização dos serviços e na equidade do atendimento, conforme a Lei 8080/90.

2.2.2 - O ACESSO AO CUIDADO EM SAUDE: DIREITO DE CIDADANIA

A preocupação em torno da categoria acesso tem sido o centro das discussões na área de saúde coletiva, propiciando o surgimento de inúmeros trabalhos sobre tal temática. Entretanto, alguns estudos não apresentam o conceito e o emprego do acesso claramente definidos. Isto proporciona um entendimento parcial desta categoria, comprometendo, muitas vezes, a análise das políticas públicas de saúde e da gestão destas, uma vez que, o acesso é central para tal análise.

Desta forma, a apreensão da categoria acesso nos serviços de saúde, é de fundamental importância no entendimento da saúde enquanto totalidade. Segundo Fleury e Giovanella, *“é na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. A categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso.”*

Ao se fazer um resgate histórico do estudo do acesso, percebe-se que este é compreendido em perspectivas analíticas distintas, por diversos autores. Em muitas abordagens, o acesso é estudado sob o enfoque dos diferentes fatores que podem influenciar a entrada e o uso dos serviços de saúde pelos usuários. Um desses fatores é o espacial, onde geralmente se trabalha com a distância física estabelecida entre a população, os serviços de saúde e os recursos destes, na busca pela utilização dos serviços de saúde.

Segundo Pechanski e Thomas acesso é um conceito geral que engloba um conjunto de dimensões específicas que descrevem a relação entre os usuários e o sistema de saúde, tais como disponibilidade, acessibilidade, acomodação ou adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade, onde podemos inserir também o sistema de referência e contra-referência. A avaliação destas dimensões é importante ao focalizar a categoria acesso na atenção básica em saúde, no sentido de contribuir na identificação de aspectos sociais referentes às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando as diferentes formas de acessibilidade aos serviços. Estas formas podem extrapolar a dimensão geográfica e abranger o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo as normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e ao aspecto funcional relativo à oferta e serviços adequados as necessidades da população.

Sobre o ponto de vista funcional, alguns aspectos são levantados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) quanto à necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem a demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema.

As condições de acesso da população às ações e serviços de saúde dependem tanto de sua proximidade das unidades dos diferentes níveis de complexidade, quanto do dimensionamento adequado da oferta em relação ao número de habitantes e suas necessidades de saúde. Um elemento crítico para a garantia do acesso é o direito da população à informação sobre os serviços disponíveis, seus respectivos horários e das pré-condições requeridas para o acesso aos procedimentos especializados. Isto demanda, inclusive, uma denominação clara de cada nível de atenção e das unidades e serviços ofertados a fim de facilitar sua identificação pelos usuários. Em relação aos recursos humanos, é necessário considerar a formação e experiência profissional, condições de trabalho e existência de mecanismos de educação.

Um outro tratamento dado à categoria acesso trabalha este sob a perspectiva da entrada e do uso dos serviços de saúde, enfatizando as características tanto do sistema quanto do usuário que podem propiciar um aumento ou uma diminuição desta entrada.

Nesta concepção, a acessibilidade é estudada como sendo um fator intermediário que engloba as características tanto dos serviços quanto do usuário que podem propiciar um aumento ou uma diminuição desta entrada.

Uma outra abordagem importante da categoria acesso compreende esta não dissociada do contexto político.

A política de saúde pode ser caracterizada tomando como ponto de partida o entendimento do acesso. Tal compreensão se dá através de uma estrutura básica das variáveis envolvidas no estudo do acesso, tendo como objetivo propiciar um melhor acesso aos serviços de saúde. As variáveis envolvidas apresentam-se inter-relacionadas, sendo elas: **financiamento, educação, força de trabalho e organização**, em relação à política de saúde; no tocante às características da distribuição dos serviços de saúde: **recursos (volume e distribuição), organização (entrada e estrutura)**; no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde: **tipo, local, proposta e intervalo de tempo**; em relação às características da população de risco: **predisposição (mutabilidade e imutabilidade), capacidade (mutabilidade e imutabilidade), necessidade (percebida e avaliada)** e no que se relaciona à satisfação do usuário: **comodidade, custos, coordenação, atendimento, informação e qualidade**.

Dessa forma, o entendimento da categoria acesso de modo ampliado e fundamentado na perspectiva igualitária e universal, torna-se imprescindível quando se busca a construção e a efetivação de uma política pública de saúde que vise à equidade nos serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde também é, em muitos casos, compreendido a partir de características técnicas destes serviços, trabalhando-se com a acessibilidade e com a disponibilidade a fim de explicar o acesso propriamente dito. Em tal perspectiva analítica, o acesso é visto sob o enfoque das condições estruturais, as quais podem tornar viável a utilização destes e, não como uma questão de cidadania.

Na tentativa de se apreender o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, como uma categoria central no campo da saúde coletiva brasileira, torna-se de fundamental importância entender o acesso como uma questão de direito social atinente à população por estar inserida na sociedade.

Portanto, é necessário vincular o acesso ao processo exercido pelos usuários dos sistemas públicos de saúde com a finalidade de entrar e de usar estes serviços, almejando a busca e o alcance da atenção em saúde como uma forma de justiça social.

No tocante à universalização do acesso aos serviços de saúde, não se pode resumir esta a uma simples universalidade da assistência médica, gerando uma cidadania incompleta, o que comprometeria a consolidação e a efetivação das políticas públicas de saúde com vistas à equidade e à universalização deste acesso.

Entretanto, entende-se que para propiciar a equidade e a universalidade do acesso aos serviços de saúde, é essencial a percepção do usuário de que este acesso se constitui em um direito deste enquanto cidadão e, que o acesso não deve ocorrer por meio de uma simples comprovação de carência do usuário.

Neste sentido, fundamentando-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, tem-se que a universalidade do acesso significa que toda a população deve ter acesso aos serviços de saúde, sendo a equidade do acesso entendida como o tratamento igual recebido por esta população nos serviços de saúde.

Segundo Stephan-Souza (2001, p.12), “analisar a questão do “acesso” implica dimensioná-la junto à inclusão e exclusão, universalização e focalização, financiamento e controle social, articulação público e privado, cidadania e direitos sociais, todos considerados como elementos indissociáveis”.

As dimensões universalidade e excludência convivem no cotidiano dos usuários do SUS, sendo definidas como: “universalidade – princípio básico do SUS que assegura o

direito de toda a população brasileira a ter acesso à saúde; exclusão – conceito que significa a recusa, a privação e a impossibilidade de receber atendimento”. (STEPHAN-SOUZA, 2001).

A compreensão desta dimensão torna possível que propostas de ação que de fato possam contribuir para a melhoria das ações em saúde, buscando enfrentar os desafios do complexo e multifacetado campo da saúde. Portanto a categoria acesso deve ser entendida como indissociável da cidadania e dos direitos sociais, possibilitando a compreensão da área de saúde como um espaço, onde a cidadania possa ser alcançada de forma plena.

Na dimensão social, o acesso é considerado como categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para a sua não-efetivação (custos excessivos, habilidade técnica, características da organização etc.).

Portanto o acesso deve funcionar no modelo tecno-assistencial como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas. Sua avaliação não pode se dar de forma simples, portanto não deveria perder de vista que ele também deve abranger os vários planos do processo de produção de serviços.

Capítulo III

PERCURSO METODOLÓGICO

1. O OBJETO DA PESQUISA:

O foco desta proposta de investigação é a análise conceitual e empírica do sistema de referência e contra-referência, da organização do fluxo de encaminhamentos e retorno dos usuários nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

2. CENÁRIO e SUJEITOS

Esta pesquisa foi realizada no município de Juiz de Fora que é referência na área de saúde para as cidades componentes da macro região Sudeste de Minas Gerais e cidades fronteiras do estado do Rio de Janeiro. Esse município possui o único Hospital Universitário da região, vinculado à Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). Este hospital atende a aproximadamente dois milhões e quinhentos mil usuários, sendo importante centro de referência na assistência em todos os níveis de atenção à saúde e também como centro produtor de conhecimentos.

A cidade está em média a 679 metros do nível do mar e ocupa uma área de 1.424 km² na Região Sudeste do Estado de Minas Gerais, na Zona da Mata, entre as serras da Mantiqueira e do Mar. Segundo censo do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística - IBGE (2009), a população estimada para o ano de 2008 é de 520.612 habitantes (2008). A população está distribuída desigualmente entre a zona urbana (98%) e rural (2%). A taxa de crescimento populacional é de 1,8% ao ano.

A cidade tem à sua volta uma rede de 93 municípios, que buscam seus serviços de natureza diversa como os de assistência em saúde, principalmente a de média e de alta complexidade; o sistema educacional e a freqüência ao comércio varejista (JUIZ DE FORA, 2003).

Um dos fatores que contribuem para que Juiz de Fora seja considerada uma cidade-pólo é a existência de serviço de alta complexidade ambulatorial e hospitalar distribuída entre os prestadores públicos conveniados e privados, com ou sem fins lucrativos em sua grande maioria.

A qualidade de vida em Juiz de Fora é considerada boa, mas, como qualquer cidade que tem seu crescimento desordenado, observam-se alterações no espaço urbano. Isso se configura através do crescente assentamento urbano em áreas impróprias e o trânsito complicado no centro da cidade para onde convergem o comércio, escolas, hospitais, clínicas, cinemas, teatro, espaços culturais.

O sistema municipal de saúde de Juiz de Fora se encontra em gestão plena desde o ano de 1998, segundo a Norma Operacional Básica de 1996 – NOB/96 e a gestão plena do sistema municipal conforme Portaria GM/MS nº 343 - Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 – NOAS/2002. Com a aprovação em 2001 do Plano Diretor de Regionalização – PDR pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual, em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2002, outorgou o papel de município pólo macrorregional de assistência, responsabilizando-se pela referência de alta complexidade para várias macrorregiões, além de uma região que agrega sete regiões Administrativas do Estado (Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova, Manhumirim, Leopoldina, Ubá, Juiz de Fora, São João del-Rei e Barbacena, perfazendo um total de 160 municípios.

A cidade é Pólo regional para procedimentos de média complexidade II e III e sede de microrregional para o conjunto de procedimentos de média complexidade I, conforme concepção de regionalização adotada pela NOAS/2002 no Estado de Minas Gerais. Desde 1998, o município foi regionalizado em 12 regiões sanitárias.

- Nível primário de atenção

Todas as UBS são subordinadas ao nível central, representado pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Nessa gerência, encontra-se o Departamento de Desenvolvimento de Atenção Primária à Saúde, com as coordenações da Saúde da Família e das UBSs tradicionais.

- Cinquenta e cinco Unidades Básicas de Saúde, sendo 14 situadas na área rural e 41 na zona urbana. Essas Unidades prestam atendimento de ações básicas de saúde e são a porta de entrada no sistema de saúde.

As UBSs são responsáveis pelo atendimento básico de saúde, desenvolvendo ações preferencialmente de prevenção, promoção, mas também de cura e reabilitação. O atendimento às urgências de baixa complexidade e encaminhamentos para os outros serviços, que compõem a rede do SUS, também são realizados pelos profissionais desse nível de atenção, de acordo com a complexidade que cada caso requeira.

Em Juiz de Fora, o PSF foi implantado em agosto de 1995 em oito unidades básicas de saúde: São Benedito, Santo Antônio, Furtado de Menezes, Centro Social Urbano, Jardim Esperança, Jardim da Lua, Retiro e uma equipe na Zona Rural. Há que se ressaltar a expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas, decorrente do convênio estabelecido entre o município e o MS (2003), através do PROESF, passando de 49 equipes em 2002, para 80 em 2005.

- Nível secundário de atenção

Os serviços de atenção secundária ficam a cargo da Subsecretaria de Redes Assistenciais, são responsáveis pelo atendimento a especialidades em saúde, desenvolvendo ações de cura, de reabilitação e de prevenção, promoção em menor escala. Os serviços que o constituem são:

- Oito Departamentos: da Mulher, da Criança e do Adolescente, de Saúde Bucal, de Saúde Mental, de Saúde do Trabalhador e Terapêuticas não convencionais, de Clínicas Especializadas, da Terceira Idade e serviço de DST/AIDS.
- Hospital Universitário (Federal), Hospital Dr. João Penido (Estadual) e serviços contratados de apoio ao diagnóstico e algumas terapêuticas.

- Gerência de Urgência e Emergência

- Um Pronto Socorro Municipal - Atendimento de Urgência e Emergência.
- Dois Prontos Socorro Infantil – Atendimento de Urgência e Emergência
- Duas Unidades Regionais: Leste e Norte, para o atendimento de Urgência e o apoio de especialidades voltados para as UBSs.

O acesso aos departamentos especializados supracitados é restrito e regulado pela Central de Marcação de Consultas (CMS). Os usuários são referenciados pelas UBSs, pelos serviços de Urgência e Emergência e pelos municípios pactuados.

Os departamentos dispõem de apoio diagnóstico mais amplo e são responsáveis pelos encaminhamentos aos hospitais e cirurgias de caráter eletivo e a outros serviços, quando necessário.

- No nível terciário de atenção

As ações desenvolvidas são de internação hospitalar. O município dispõe de uma Central de Leitos Hospitalares, que regula os leitos próprios, conveniados e contratados

pelo SUS. Faziam parte desse nível de atenção 16 hospitais conveniados sendo três públicos já referenciados e 14 hospitais privados ou sem fins lucrativos.

Para o atendimento de urgência e emergência, além dos hospitais referidos, o município conta com hospitais filantrópicos e privados conveniados (Santa Casa de Misericórdia, Hospital João Felício), além do Hospital de Pronto-Socorro Municipal que oferece atendimento de Urgência e Emergência, em regime de plantão 24 horas por dia. Atende casos de traumatologia, emergências clínicas, acidentes vasculares cerebrais, etc.

A atenção quaternária é oferecida pelas equipes dos hospitais conveniados (Santa Casa de Misericórdia, Hospital Universitário, Hospital João Felício) para transplantes renais. O Hospital Universitário configura-se ainda em um espaço de formação e experimentação, pois é ao mesmo tempo, espaço de produção do cuidado e espaço de formação de recursos humanos.

Esta pesquisa analisa a produção do cuidado na atenção primária, buscando dados do município de Juiz de Fora em três Unidades de Saúde da Família (USF) selecionadas, USF de Santa Rita, USF Parque Guarani e UBS Progresso. A opção por estas unidades se deve ao fato que, por serem a porta de entrada do SUS possibilitou um maior contato com os profissionais e com os usuários, sendo possível observar as atitudes destes no dia-a-dia. Além disso, nestas unidades se desenvolve o Programa de Residência em Saúde da Família, o que ofereceu os subsídios necessários para o aprofundamento e a ampliação do desenvolvimento teórico e prático das questões desta pesquisa, uma vez que estes profissionais estão em processo permanente de qualificação.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os *profissionais de saúde* (médicos, assistentes sociais, enfermeiros) e principalmente, os *usuários* destes serviços de saúde. Os profissionais de saúde discorreram sobre questões previamente elaboradas que abordaram desde a organização do fluxo de encaminhamento de usuários, a percepção das dificuldades neste fluxo, registro destes encaminhamentos e dos retornos, incluindo a interlocução com outras políticas públicas. Foram selecionados três usuários, um de cada unidade de saúde, para que através da narrativa pudessem relatar suas experiências dentro do sistema de saúde. Estes usuários passaram pelos três níveis de complexidade da atenção e recebem acompanhamento nas unidades de saúde.

3. DESCRIÇÃO DO MÉTODO

Nas ciências humanas e sociais, a hegemonia das pesquisas positivistas, que privilegiavam a busca da estabilidade constante dos fenômenos humanos, a estrutura fixa das relações e a ordem permanente dos vínculos sociais, foi questionada pelas pesquisas que se empenharam em mostrar a complexidade e as contradições de fenômenos singulares, a imprevisibilidade e a originalidade criadora das relações interpessoais e sociais. Partindo de fenômenos aparentemente simples de fatos singulares, essas novas pesquisas valorizaram aspectos qualitativos dos fenômenos, expuseram a complexidade da vida humana e evidenciaram significados ignorados da vida social. (CHIZZOTTI, 2000).

Assim, muitos cientistas sociais mobilizados pelas críticas à ciência tradicional, apresentada pela Escola de Frankfurt, buscavam caminhos para a efetivação de uma ciência mais comprometida com a transformação social. É neste contexto que começavam a ganhar força, nas ciências sociais, os modelos “alternativos” ao positivismo, posteriormente reunidos sob o rótulo de “paradigma qualitativo”. Este rótulo levou a uma falsa oposição qualitativo-quantitativo, bem como a uma ilusão de homogeneidade interna do paradigma qualitativo. (ALVES-MAZZOTTI E GEWANDSZNAJDER, 2001).

A concepção ampliada deste conceito desdobra-se na proposição de superar a falsa oposição entre abordagens qualitativas versus quantitativas, sob o argumento, também inspirado em Bourdieu in Hartz, (2005), de que o que importa no processo de investigação “é a construção” do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo” (HARTZ, 2005), apontando para a superação de preconceitos em relação ao uso de algumas metodologias tanto quantitativas como qualitativas.

Para desenvolvimento deste trabalho entendemos que a dimensão qualitativa do estudo de avaliação é que melhor pode apreender especificidades na análise do processo de estruturação do sistema de saúde, isto porque através dessa abordagem, é possível reconhecer os diferentes pontos de vista dos sujeitos do estudo e ainda que a realidade é mais complexa do que aquela que a princípio lhe é perceptível. “Nessa perspectiva, o fenômeno pesquisado somente é desvelado com a participação direta do sujeito do estudo, o que valoriza o levantamento dos dados diretamente no contexto onde se constroem os fenômenos”. (LIRA, CATRIB E NATIONS, 2003).

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 2000).

Segundo Alves-Mazzotti e Gewandszajder, 2001, “as pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, isto é, usam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coletas de dados.”. Neste trabalho serão utilizadas como técnicas de coleta de dados a *entrevista semi-estruturada*, a ser aplicada aos profissionais de saúde, a *narrativa*, técnica a ser aplicada aos usuários dos serviços de saúde e a *observação* que acompanhará todas as fases do desenvolvimento da pesquisa.

A opção pela *entrevista semi-estruturada*, como técnica a ser utilizada junto aos profissionais de saúde, parte da compreensão de Chizzotti (2000), sobre a importância de que o informante seja competente para: exprimir-se com clareza sobre questões da sua experiência e comunicar representações e análises suas, prestar informações fidedignas, manifestar em seus atos o significado que têm no contexto em que eles se realizam, revelando tanto a singularidade quanto a historicidade dos atos, concepções e idéias. Também é fundamentada na compreensão de que na pesquisa qualitativa os “dados” adquirem um significado central a partir da interpretação, ou seja, não interessa neste tipo de abordagem a quantidade dos “dados” obtidos, mas sim a qualidade destes.

Por sua natureza interativa, a entrevista permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os em profundidade. (...) De modo geral, as entrevistas qualitativas são muito pouco estruturadas, sem um fraseamento e uma ordem rigidamente estabelecidos para as perguntas, assemelhando-se a uma conversa. Tipicamente, o investigador está interessado em compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte de sua vida cotidiana. (ALVES-MAZZOTTI E GEWANDSZNAJDER, 2001).

A pesquisadora entende que a saúde é um fenômeno social, partilhado pelos componentes das equipes de saúde e população em diferentes contextos e cenários de prática. Ambos os sujeitos desse fenômeno, que interagem em um determinado espaço de tempo e lugar e que possuem crenças e valores, que não devem ser desconsiderados nessa relação. Para que se apreendesse o contexto, o significado, a intenção, a percepção dos sujeitos frente ao objeto desta pesquisa, como um dos instrumentos, a pesquisadora coletou os dados na entrevista com os profissionais que compunham as equipes de Saúde da Família, procurando, na realidade vivenciada do cotidiano das práticas deles, as respostas aos objetivos do estudo e nas narrativas feitas pelos usuários captar sua experiência na busca pelo cuidado à sua saúde.

A *narrativa*, técnica a ser aplicada junto aos usuários, possibilita a recapitulação da experiência através da combinação da seqüência verbal de sentenças com a seqüência de eventos que de fato ocorreram. Ao fazer a narração, as pessoas lembram o que aconteceu, organizam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. “Contar histórias (de sua vinculação aos serviços de saúde) implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal”.

(...) ela nos conta a sua história, narrando os fatos, acontecimentos e afetos que percorrem a sua trajetória vivencial. E, na medida em que o faz, desvela a sua experiência, ao mesmo tempo em que a constrói e reconstrói, através da linguagem. Ao contá-la, ela nos introduz na sua vida, sensibiliza-nos e coloca-nos como participantes da sua experiência, fazendo do pesquisador um sujeito dessa experiência. (DUTRA, 2002).

A produção das narrativas deve delimitar alguns procedimentos próprios, tais como definir quem, até quando e quantos sujeitos serão entrevistados. Entretanto, a seleção dos sujeitos, no presente caso, foi feita ao acaso, a partir da disponibilidade dos mesmos em participar da pesquisa, considerando somente a inserção destes nos serviços de saúde pesquisados.

As narrativas podem ser de três tipos, segundo Trentini (2002): narrativas breves, que são narrativas sintéticas, com estrutura mínima (começo, meio e fim), nas quais é facilmente identificada a seqüência do enredo, e onde é focalizado um determinado episódio, como a descoberta da doença, um súbito mal-estar, por exemplo. Narrativas populares, que são as histórias contadas e recontadas entre pessoas de uma

comunidade, podendo, algumas vezes, tornarem-se lendas. E por fim as narrativas de vivências, que são mais amplas, incluem a história da vivência de um indivíduo com a doença, e os vários acontecimentos que, geralmente, são colocados numa seqüência, dos quais nem sempre há uma interpretação temporal, construindo-se a experiência como um processo que além do tempo inclui vivências significativas. Essa última, por sua abrangência, é a mais adequada para alcançar as dimensões do acesso que se propõe este trabalho.

Para operacionalidade da entrevista semi-estruturada e da narrativa, foram utilizados roteiros: um roteiro com perguntas claras sobre o objeto em foco e um roteiro invisível (prepara o pesquisador para facilitar a apresentação da narrativa), assume o papel de guia e foi utilizado como orientação do pesquisador na colocação de temas estimulantes do relato, constituindo apoio ao trabalho da reflexão ou memória auxiliar. A utilização destes roteiros foi subordinada à dinâmica que o próprio entrevistado deu à narrativa, sendo respeitada a seqüência das questões que o relato produziu. Algumas temáticas surgiram como questões já problematizadas e certas informações aparecem relatadas espontaneamente, sugerindo questões relevantes para o narrador e como expressão também da memória grupal. Outras tiveram que ser sistematicamente estimuladas pelo pesquisador.

Para a análise dos dados, o primeiro passo foi a conversão dos mesmos através da transcrição das entrevistas gravadas. A entrevista semi-estruturada foi analisada após sua organização em eixos que têm origem nas questões formuladas: organização da R e CR, dificuldades apontadas e intersetorialidade. Para garantir o anonimato, sem comprometer a compreensão das falas, as equipes foram ordenadas em Equipe 01, Equipe 02 e Equipe 03, e HU, com suas respectivas categorias profissionais destacadas. Para os usuários, considerou-se o ordenamento das Equipes, por e tratarem de usuários vinculados a estas equipes.

Quanto à análise das narrativas dos usuários, por ser esta uma técnica para gerar histórias, é aberta quanto aos procedimentos analíticos que seguem a coleta de dados. Neste trabalho, utilizamos os seis passos para analisar narrativas que Schütze apud Lira, Catrib e Nations, 2003 propõe:

(..)transcrição detalhada do material verbal; (2) divisão do texto em material indexado (com referência concreta a “quem fez o que, quando, onde e porquê”) e não-indexado (que expressam valores, juízos e toda forma de uma generalizada “sabedoria de vida”); (3) uso

dos componentes indexados para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, ou seja, as “trajetórias”; (4) investigação das dimensões não-indexados para permitir a “análise do conhecimento” (opiniões, conceitos e teorias gerais, reflexões e divisões entre o comum e o incomum, que permitem reconstruir teorias operativas sobre o objeto de estudo); (5) agrupamento e comparação das “trajetórias” individuais; e (6) identificação de trajetórias coletivas.

Esses passos podem levar à consideração da possibilidade de buscar as semelhanças entre as experiências dos sujeitos estudados, permitindo a elaboração de novas narrativas que representem a sua experiência no acesso ao cuidado. Assim, nas histórias dos usuários, buscamos identificar como foi o encaminhamento deles para os serviços especializados, qual o grau de dificuldade no acesso aos serviços que necessitaram, se utilizou em algum momento a rede informal e se esta foi mais efetiva, se foram contra-referenciados para a unidade de saúde da família.

Também foram utilizados, como instrumentos para a realização da investigação, as anotações no “caderno de campo” ou “notas de campo”, como registro das observações feitas, e as gravações e o banco de dados produzidos pela pesquisa “A Integralidade na Atenção Primária no Município de Juiz de Fora: As Variações de Aplicabilidade do Modelo Técnico-Assistencial na Operacionalização do SUS”, utilizando os achados da pesquisa como balizadores na análise deste estudo, uma vez que a participação da pesquisadora permitiu a inserção de questões relativas a referência e contra-referência, otimizando assim os dados e possibilitando uma maior qualificação dos dois estudos.

Capítulo IV

A Referência e Contra-referência no cotidiano dos profissionais de saúde e usuários do SUS

4.1 – A RCF na visão dos profissionais de saúde.

A discussão sobre o acesso incorpora uma diversidade de aspectos que traduzem a relação do usuário com o sistema de saúde. É, portanto, uma discussão que implica reconhecer as dimensões geográficas, funcionais, sociais, econômicas e culturais que facilitam ou não o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A partir da análise das informações colhidas nas entrevistas, fechamos o foco na questão do acesso ao cuidado em saúde através da estruturação do sistema de referência e contra-referência dos usuários do SUS, por considerar que a integralidade da atenção à saúde está imbricada na integração de serviços por intermédio das redes assistenciais, reconhecida a interdependência entre os atores e as organizações. Através do desenho do fluxo dos usuários dentro do sistema de saúde, bem como os dados sobre as dificuldades experienciadas por gestores e profissionais que orientam esse percurso, e que foi possível fazer compreender os processos e identificar seus pontos críticos. *Ao refletirem sobre o acesso aos serviços, os entrevistados foram tecendo suas falas pontuando as principais facilidades e dificuldades que o usuário enfrenta para garantir seu direito à saúde.*

A primeira questão levantada pela entrevista foi em relação a unidade de saúde enquanto porta de entrada para o sistema de saúde e desta forma, questionou-se a forma como estes usuários eram recebidos pelo serviço, através da organização do mesmo. Importante destacar que os achados corroboram com os dados da pesquisa **A Integralidade na atenção primária no município de Juiz de Fora**: as variações de aplicabilidade do modelo técnico-assistencial na operacionalização do SUS, que identificou que *o acesso é limitado, pois a demanda apresentada aos serviços sempre supera a capacidade de atendimento destes, contribuindo para a demora no atendimento e prejuízos para os usuários.* Segundo os entrevistados, o serviço é organizado de forma a acolher os usuários e identificar suas demandas.

São identificadas de várias formas. A primeira forma é o acolhimento. Através do acolhimento você identifica algumas necessidades... Isso se você tiver uma escuta qualificada. Se não tiver, você não tem como; mas eu acredito que aqui a gente tem conseguido ver isso. (Assistente Social, Eq.01)

Eu penso assim: O acolhimento é o melhor lugar pra você identificar necessidades, pois você escuta a demanda dele e ali você pode

trabalhar com ele a necessidade de saúde que ele trouxe pra cá. Eu penso dessa forma (Assistente Social, Eq.03)

(...) pela manhã a gente organiza para receber o usuário, tenta orientar os vários atendimentos que tem. Normalmente eles fazem uma fila antes das sete da manhã do lado de fora da UBS e às sete horas a gente sai para orientá-los.

Daí fica o pessoal que vai marcar consulta na demanda do dia mesmo. Que a gente tem sete vagas para uma equipe e sete para a outra. Sete são agendadas com antecedência. Eles podem vir no horário que vierem que a gente agenda com prazo de uma semana. (...) (Assistente Social, Eq.02)

Em seguida, questionou-se sobre a existência de fluxos pré-estabelecidos ou de protocolos para a referencia de usuários aos outros níveis de atenção. Os profissionais foram unânimes em afirmar que o protocolo existe, assim como o formulário para a referencia e contra-referência, que foi modificado a pouco, na opinião deles, numa tentativa de garantir a contra-referência, já que a referência sempre foi realizada pelos profissionais das ESF. (...) *existe protocolo ao nível da Secretaria de Saúde, que a gente tem que solicitar determinados exames primeiro para depois solicitar os demais, de acordo com o que exige o protocolo da Secretaria de Saúde. (Médica, Eq. 02)*

Existe uma folha de referência e contra-referência, onde é colocada a especialidade para a qual o usuário está sendo encaminhado e tem a justificativa, aí o profissional de saúde tem que justificar porque está encaminhando. Isso no caso médico. Aí a gente tem os encaminhamentos para o departamento da mulher também, aí só para médicos especialistas; a gente tem também encaminhamentos para o Departamento de Saúde da Mulher, o qual médicos e também enfermeiros podem estar encaminhando. (Assistente Social, Eq. 01)

Após o atendimento na unidade básica, em caso de necessidade o usuário é referenciado formalmente para os outros níveis de complexidade por meio de do formulário de referência via Central de Marcação de Consultas (CMC). Esse mecanismo é utilizado para toda rede. Deste modo, consultas e procedimentos especializados ambulatoriais eletivos solicitados pela unidade SF são encaminhados para a Central que marca para todos os serviços do SUS – tanto próprios (centro de atenção especializada) quanto contratados.

Então, a partir do momento em que a gente faz o encaminhamento ele vai passar pela central de marcação de consultas. Na central existe um funil, pois a gente sabe que não existe a quantidade necessária de profissionais para atender. Então, assim, tem algumas especialidades que são críticas como ortopedia, oftalmologia, reumatologia que são difíceis de conseguir. Então, às vezes esse usuário vai ficar algum tempo esperando na fila. Não é uma garantia de acesso imediato, você entendeu? (Enfermeira, Eq.03)

A Central de Marcação funciona por meio de um sistema informatizado e descentralizado, com computadores, ligados em rede, instalados nas unidades básicas sendo o acesso feito *on-line*. Existe um funcionário da CMC em cada unidade de saúde visitada, que recebe a solicitação da consulta especializada e faz o agendamento das consultas via internet. Caso o agendamento não possa ser efetuado na hora, em virtude da fila de espera, o usuário é informado do agendamento em sua residência ou através do Agente Comunitário de Saúde.

Por meio da Central, podem ser agendadas consultas em ambulatórios especializados, de média e alta complexidade na rede de serviços municipal. Mesmo com a central em funcionamento, existem dificuldades de acesso aos serviços de média complexidade, condicionadas pela insuficiência de oferta em certas especialidades e exames. As vagas tornam-se disponíveis na rede e logo são preenchidas. Para obter-se vaga, freqüentemente, são necessárias diversas tentativas em horários e dias diferentes, ou ainda, recorrer a outras estratégias, como relatado pela ACS de uma ESF.

Às vezes a gente orienta, mas os usuários sabem dos direitos deles. Quando eles vêem que não tem jeito, que está demorando e precisam da consulta, eles vão à ouvidoria (é que antes tinha um órgão responsável por isso. Agora, pelo que me parece, não existe mais. Só a lista de espera). É duro você ver que a pessoa precisa do atendimento e não consegue. Muitas vezes o usuário arruma dinheiro “sabe Deus onde” e vai ao particular. Nisso ele encontra uma barreira, pois ele chega em um órgão público com uma receita particular. E a gente não pode dar o remédio. Mas por que a gente não pode dar o remédio se ele não achou vaga no órgão público? Então isso aí eu acho que é uma deficiência muito grande da saúde. Eles têm que arrumar um jeito de suprir essa necessidade do usuário. Pôr especialista no posto, num sei se é o caso e se vai resolver... O negócio é que a demanda é muito grande. Acaba não dando conta mesmo. (ACS, Eq. 02)

Estes dados também foram identificados na pesquisa sobre a Integralidade, como é possível verificar no trecho que discute a gestão das unidades de saúde,

A partir do primeiro questionamento – **circulação da população no interior da Unidade e rede de serviços** - pode-se perceber que nenhum dos 09 (nove) supervisores locais entrevistados citou algum tipo de pactuação que facilitaria a circulação do usuário na rede e interior das UBS's. (...) O maior entrave à circulação da população no interior das unidades e rede de serviços, é o estrangulamento dos mesmos, seja nas consultas médicas, que é o que na maioria dos casos o usuário solicita, e atendimentos especializados oferecidos na Central de Marcação de Consultas. (...) Devido à demanda a que Juiz de Fora está submetida, inclusive abrangendo municípios de seu entorno, é que se verifica que a rede é insuficiente, fazendo com que alguns serviços demandados sejam priorizados, tornando o acesso de universal para restrito e seletivo. (Pesquisa, 2008)

Outra estratégia de acesso relatada durante as entrevistas é a via judicial, uma opção cada vez mais utilizada pelos usuários do SUS, e considerada por alguns gestores como um dos problemas principais na gestão, como demonstrado no trecho a seguir:

(...)o ECO né, as DSTs, geralmente é um pouco complicado na rede secundária, porque geralmente tem uma fila de espera grande, é um exame demorado, se você pedir um exame de um ECO dentro de um mês ele não vem tá. Em alguns casos é feito via mandato judicial né.(Técnico de Enfermagem, Eq. 01)

Novamente os dados encontrados coadunam com os achados da pesquisa, que levantou que em relação aos exames que realizados nas próprias UBS's, todos os entrevistados revelaram a facilidade do acesso. No entanto, quando se trata de exames que são referenciados o acesso torna-se mais difícil chegando a haver fila de espera de até cinco meses. Se forem exames cardiológicos, a demora é maior ainda.

A marcação de consultas referenciadas à cardiologia é feita nas próprias UBS's através da Central de Marcação de Consultas. Alguns entrevistados identificaram que o acesso é fácil não havendo fila de espera. Por outro lado, houve aqueles que consideraram o acesso difícil, tendo em vista que a espera pode chegar a quatro meses. Essa divergência de informações parece revelar que existe um desconhecimento, por parte de alguns profissionais, do funcionamento de outros níveis de atenção à saúde.

O agendamento de exames segue uma outra lógica, uma vez que algumas unidades realizam alguns exames básicos como eletrocardiograma, coleta de sangue e exames preventivos ao câncer de colo uterino, entre outros. Os exames mais especializados são agendados pelo próprio usuário,

A marcação de exames, exatamente, a marcação de exames é por conta do usuário, tem alguns que são prioridade aqui aí são feitos no dia, na hora e aí a gente fala “é urgência”, não adianta uma outra pessoa ir, ela mesma tem que ir porque é ela que vai fazer. (Técnico de Enfermagem, Eq.01)

Existem os exames que são realizados aqui e os que a gente tem que encaminhar lá para o nível central. Isso vale para consultas também. Existem algumas coisas que a gente tem que fazer, existe protocolo ao nível da Secretaria de Saúde, que a gente tem que solicitar determinados exames primeiro para depois solicitar os demais, de acordo com o que exige o protocolo da Secretaria de Saúde. Ordenar um pouco mesmo. Os primeiros exames são esses, por exemplo, para uma gestante deve-se pedir o EAS [...] primeiro e só depois que vai pedir o ultra-som. Tem toda uma organização. Mas tem situações nas quais, se forem necessárias, solicitam junto e orientam dizendo por que está solicitando naquele momento. (Assistente Social, Eq.02).

A insuficiente realização da contra-referência foi uma dificuldade reiterada pelos profissionais de saúde entrevistados. Os profissionais de nível superior das ESF informaram ‘nunca’ receber qualquer tipo de contra-referência dos profissionais dos serviços especializados, salvo raras exceções, como as citadas no trecho abaixo:

E aí existe essa folha de referência e contra-referência que a gente gostaria de receber a contra-referência, que na verdade a gente não recebe na maioria das vezes. Salvas algumas exceções como do departamento de saúde da mulher, saúde mental e saúde do trabalhador. Nesses casos a gente recebe. Já no nível do departamento das clínicas especializadas, que seriam os especialistas médicos, a gente pouco recebe. Rarissimamente. (Assistente Social, Eq. 02)

Olha normalmente a gente fica aguardando o retorno, mas dificilmente acontece um retorno com contra-referência. O retorno muitas das vezes vem pelo próprio paciente que diz “ah, eu fui lá e o médico falou que eu tinha que fazer ‘isso e isso’”, ou então vem com uma receita, mas nada documentado. O único local que a gente tem essa contra-referência bem certa é o instituto da mulher e a saúde mental. Das outras especialidades a gente ainda tem muita dificuldade de ter a contra-referência documentada. (Enfermeira, Eq.03)

As informações quando chegam à equipe em relação ao cuidado prestado a partir dos encaminhamentos as especialistas, vem através do próprio usuário, que na maioria

das vezes retorna a unidade de origem por orientação do Agente Comunitário de Saúde ou em função de uma nova demanda.

Sempre, a gente normalmente pede o retorno, se a pessoa não dá esse retorno, ou o próprio paciente ou a própria família, a gente já chama um agente comunitário. Porque deveria de ter esse retorno do serviço né, mas infelizmente, a gente tem que usar o que a gente tem aqui, os nossos meios. (Médica, Eq. 01)

Ah, isso é péssimo. Porque você encaminha por uma demanda sua, por uma demanda do usuário e por uma demanda de uma resposta que você precisa para dar continuidade ao caso dele e você não tem. Muita das vezes a resposta do paciente é abstrata. Você não sabe se realmente foi isso que foi falado lá e muitas vezes você fica perdido mesmo, sem saber. (Enfermeira, Eq. 03)

A existência das centrais de marcação e do protocolo de referência e contra-referência estabelecido pela gestão municipal, contudo não é suficiente para o funcionamento efetivo de um sistema de referência e contra-referência. Os profissionais entrevistados, tanto os de nível técnico quanto os de nível superior concordaram que é preciso reavaliar este sistema para que ele permita “ampliar a confiança no trabalho e a resolutividade da rede básica.”.

Estes resultados indicam que um outro grande desafio do PSF e da atenção básica em geral que é melhorar a comunicação entre profissionais da atenção básica e especialistas e com os serviços de pronto-atendimento e emergência. Os profissionais destes serviços têm formação, concepções e experiências distintas e estabelecer melhor comunicação exige também a ampliação da confiança dos profissionais da atenção secundária nos profissionais de atenção básica para que o especialista promova o retorno do paciente ao serviço de atenção básica. A troca de informações entre profissionais é essencial para que o generalista da ESF possa exercer sua função de coordenador dos cuidados ao paciente.

Acho que a sua pesquisa fala de um grande nó da saúde que já vem de muito tempo. E que em alguns lugares a gente já sabe que já está mais avançado e que eu não sei por que mas Juiz de Fora realmente não consegue avançar. É uma dificuldade tremenda. Parece que fica meio que uma rixa mesmo da atenção primária com a atenção secundária. Eu acho que deveria haver uma aproximação da gente, das realidades de trabalho. Igual eu te falei, não conheço a realidade de trabalho do PAM assim como eles não conhecem a minha aqui. Então muitas coisas que às vezes a gente encaminha e eles acham que é bobeira, a gente às vezes não tem resolutividade para aquilo, como eles às vezes

também não têm. Então eu acho que deveria, em um primeiro passo, existir uma aproximação desses dois níveis. A gente poder se encontrar mais, trocar dificuldades, ocorrer mesmo um trabalho de aproximação, de conhecimento da realidade de cada um. (Enfermeira, Eq.03)

Segundo Starfield (2002), a essência da coordenação é a disponibilidade de informação acerca dos problemas prévios, o que implica em prontuário de acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) do paciente e no retorno do paciente ao generalista após o encaminhamento para profissional especializado em apoio na elucidação diagnóstica ou sobre a decisão e manejo terapêutico.

Eu acho que existe muita falta de esclarecimento com relação ao pessoal, principalmente da secundária né, que devem a importância dessa contra-referência pra gente, porque a idéia de um sistema de atendimento integrado é uma idéia relativamente nova que tá sendo colocada. Então muitas vezes o colega não tem a noção de que essa contra-referência pra nós é importante pela continuidade do cuidado, porque a gente, pelo fato de estar na mão de um outro nível de atenção, ele não deixa de ser nosso paciente, não deixa de ser nossa responsabilidade, além do que a contra-referência ela é educativa pra gente. À medida que você vai recebendo uma contra-referência, muitas vezes você passa a resolver certos casos aqui mesmo, (...) ele não vai enfatizar que o secundário é muito menos o terciário. (Médica Eq. 01)

Para existir coordenação do cuidado deve, portanto, ocorrer a transferência de informações sobre os problemas de saúde dos pacientes e da atenção recebida de modo a assegurar uma seqüência ininterrupta de visitas, garantindo-se a continuidade do contato. A coordenação da atenção ao paciente pelo clínico geral proporciona melhor acompanhamento aos pacientes, especialmente aqueles portadores de doenças crônicas ou morbidade múltipla, para o qual os sistemas de atenção à saúde, em geral, estão ainda pouco preparados.

Acho que a contra-referência que é o pior. Porque você vê. Hoje o mal dos usuários é a questão da ortopedia, pois ele vai ao ortopedista, o ortopedista vê e volta o usuário, depois leva mais quatro meses. Se houvesse a contra-referência não seria preciso encaminhá-lo novamente. A gente nunca sabe. Uma vez eu conversei com uma médica dermato e ela me falou que nunca sabe a historia do usuário. Isso é triste, né? Aí o usuário tem que contar a historia toda vez que vai lá, pois ele não tem prontuário e nem contra-referência. Talvez se tivesse uma contra-referência ele poderia ajudar. Mas não, o usuário não tem histórico no PAM

Marechal. Isso eu acho que é outro problema. Bom o usuário não tem historia, não tem contra-referência... (Assistente Social, Eq. 03)

Outra dificuldade apontada pelos profissionais entrevistados em relação a comunicação e em relação a deficiência nas informações sobre a organização dos serviços, o repasse das alterações e mudanças nos protocolos,

Alguns exames é, o que tem problema dentro da prefeitura, é a questão do fluxo de informações, há uma falta de gerenciamento das informações muito grande. Hoje você faz um exame em determinado lugar, amanhã ele muda de lugar, esse exame vai pra outro sem complicar ninguém. Aí você vai amanhã, amanhã a gente manda o usuário pra um lugar marcar o exame aí chega lá falam com ele que não é aqui não, porque não é lá mais não, é na UBS. Aí nós não estamos sabendo de nada porque não fomos comunicados, então é assim, até pra questão de marcar o exame, isso mais específico, acontece muito no laboratório aqui do nono andar, algo que está acontecendo infelizmente é um vai-vem do usuário muito grande, infelizmente, por falta do PAM fazer o serviço né, é apertado, mas por desorganização gerencial, ele não, o fluxo não anda. Às vezes tem um né, uma boa aparelhagem né, mas por falta de informação, falta de organização, acaba não andando. Tá e outros mesmo como eu falei o caso do ECO e outros exames, alguns são demorados. (Técnico de Enfermagem, Eq. 01).

Foi possível identificar algumas estratégias para melhorar a referência e a integração do sistema, tais como: a definição de protocolos clínicos com o estabelecimento de fluxos e definição de responsabilidades; a definição de serviços/profissionais específicos de referência para cada ESF (serviços de urgência e emergência e saúde mental, são alguns exemplos citados nas entrevistas), a participação dos especialistas na capacitação das ESF; e a implementação das equipes multiprofissionais de referencia.

Por exemplo, quando é psiquiatria a gente já tem um número de vagas separado para a nossa área aqui, pois tem uma psiquiatra que atende só a nossa área; quando é saúde da mulher, tem o instituto da mulher, que é nossa referência e que é mais fácil de conseguir também, por ter uma quantidade maior de vagas. (Enfermeira, Eq.03)

(...) tenho alguns cursos, (...) Alguns são (realizados) pela Secretaria né, alguns são promovidos pela UFJF, com a parceria com a residência né a gente acaba tendo alguns privilégios em termos de cursos.(Técnico Enfermagem, Eq.01)

Comparando aos dados deste estudo aos dados encontrados pela pesquisa, houve uma divergência em relação a oferta de cursos de capacitação/qualificação aos profissionais. Uma possível explicação para isto, decorre do fato da pesquisa ser mais ampla e abarcar unidades de saúde do modelo tradicional e as Equipes selecionadas neste estudo foram de PSF em que estavam inseridos os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o que favorece a qualificação dos profissionais. Em relação à inexistência de educação permanente o respondente declarou que não há por parte da gestão central, preocupação com a capacitação profissional, o que os leva a buscar cursos externos à Instituição. Os que responderam **Sim** (a maioria) destacaram a existência de cursos, atividades voltadas para os agentes comunitários de saúde, especialização para os médicos de saúde da família e espaços interdisciplinares de discussão promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Universidade Federal de Juiz de Fora. No tocante a realização de cursos houve a contribuição de depoentes no sentido de torná-los mais qualificados nos seguintes termos: melhorar em qualidade e quantidade; datas de realização melhor distribuídas ao longo do ano; temas diversificados e horários mais adequados à participação de todos. Os dados acima revelam que a Educação Permanente é uma preocupação das instituições de saúde, porém, constatamos pelas respostas obtidas a ocorrência de problemas relacionados aos interesses e necessidades dos profissionais.

Outro mecanismo de regulação da atenção à saúde observado, que pode contribuir para a garantia de retorno do paciente para continuidade do cuidado na atenção básica foi a definição de protocolos clínicos com o estabelecimento de fluxos para encaminhamentos aos especialistas e retornos, bem como para a solicitação de determinados procedimentos diagnósticos pelos profissionais da rede básica. Porém, pelo relato dos profissionais, esta iniciativa não se cristalizou entre os profissionais dos serviços especializados, o que na opinião de alguns entrevistados acontece pela não compreensão por partes destes profissionais da importância das informações para a continuidade do cuidado pelos profissionais da atenção básica ou ainda, pelo desprestígio que estes profissionais tem entre os seus pares, o que faz com que tanto as informações produzidas na atenção básica sejam desconsideradas, quanto descompromisso em informar ao outro as ações e orientações sobre aquela situação.

Assim, a gente não tem muito contato com esses profissionais do segundo nível. Eu não sei nem quem são. Então eu não sei quais são as dificuldades que eles tem, se já são profissionais que estão

há muito tempo no sistema e por isso tem dificuldades de se adaptar às novas normas, se realmente não há uma cobrança da chefia, porque eu acho que se isso é uma coisa que é da instituição e que tem que ser assim, todo mundo que trabalha ali é obrigado a cumprir, entendeu? Nós somos obrigados a cumprir. Desde que foi criado esse papel nenhum paciente sai daqui sem esse papel bem explicado, bem determinado com tudo que está ali, então por quê na contra mão – para a unidade – não pode ser assim também? Acho que falta um pouco disso também. (Enfermeira, Eq.03)

Ah, isso dificulta. Se a gente não tem o retorno, até para a gente conduzir melhor a situação e conduzir de forma adequada fica mais difícil. Tem situações que a gente encaminhou, específicas do serviço social e que a gente aguarda um retorno da situação familiar para ter uma descrição melhor dos papéis. Se não tem uma posição e a família no momento joga a culpa em A ou em B e aí? Tem que se definir quem vai ser o responsável, quem vai assumir os cuidados, até pra gente estar discutindo o nosso papel junto a esse usuário que precisa do serviço e saber direcionar, porque muitas vezes a gente fica perdido e quem sai prejudicado nesse momento é o usuário, é quem precisa. Então, assim, isso reflete no nosso atendimento, na qualidade. (Assistente Social, Eq. 02)

Esta relação de poder que existe entre os profissionais de saúde de diferentes níveis do sistema de saúde, acaba por mais uma vez penalizar o usuário, e se constitui num dificultador ao cuidado integral,

Acho que é uma questão da gestão também. Porque é aquilo que eu te falei. É um bloco de coisas: Passa primeiro pela questão do respeito e de saber qual é o papel de e qual é o direito do usuário; depois passa pela questão da gestão, pois se você tem uma boa gestão, você diz “você tem que fazer isso, querido... Você tem que fazer”; mas não existe gestão para médicos dentro do sistema de saúde. Uma vez até um prefeito falou que não havia gestão para médicos, que não sabia como fazia. Um prefeito que não sabia como falar que um funcionário precisava cumprir horário? Falar isso em público ainda? Isso é um absurdo. Se não consegue fazer cumprir horário, imagina fazer contra-referência. Quando vinha separado, tinha um médico que rasgava a referência dos horários como se não fosse nada. Por isso que agora vem junto. Você conhece o papel? Agora vem junto. Deve ser para eles não rasgarem. Eles rasgavam. (...) E eles rasgavam na cara do usuário, que ficavam numa tristeza. (Assistente Social, Eq. 03)

Na medida em que os encaminhamentos para as consultas especializadas são registrados nos prontuários individuais dos usuários, não existe uma estatística segura sobre o número de encaminhamentos mensais pelas unidades pesquisadas.

A gente faz o registro no próprio prontuário do paciente, dizendo que ele está sendo referenciado no segundo nível e ali com a (...) na central de marcação de consultas ela também tem um dado numérico, dentro de um mês de quantos foram para oftalmologia, quantos foram pra ortopedia, etc. Ela tem tudo isso numericamente. (Enfermeira, Eq. 03)

Assim a proporção de encaminhamentos por consulta realizada poderia ser um indicador de resolutividade do serviço, mas ela não pode ser analisada isoladamente. Isto porque este indicador não informa sobre o resultado do cuidado para o paciente, ele é influenciado pelo conhecimento clínico do médico, com decisão adequada ou não, sobre a melhor opção de cuidado para cada caso, além de estar condicionada pelo elenco disponível de recursos diagnósticos para solicitação pelo médico de atenção primária.

Isso é feito no próprio prontuário do paciente. Sempre que um paciente é encaminhado, no prontuário consta pra qual serviço, em que circunstâncias, qual o motivo, data, horário, qual foi o transporte, se a pessoa foi por meios próprios ou foi uma remoção pelo SAMU, sempre é anotado no prontuário do paciente. (Médica, Eq. 01)

Por outro lado, uma baixa proporção de encaminhamentos pode ser condicionada por dificuldades de agendamento nos outros serviços. Uma estimativa muito difundida entre sanitaristas brasileiros – defensores da atenção primária – é de que a atenção básica deveria resolver 85% dos casos atendidos, contudo não há evidências suficientes que a corroborem com essa propositura.

Uma das barreiras de acesso aos serviços especializados apontada pelos profissionais, principalmente os médicos, que são os principais responsáveis pelos encaminhamentos, e a regulação para a referencia, através do estabelecimento de cotas para encaminhamento para consultas especializadas, ou a criação de fluxos e normas para a solicitação de exames especializados, (...)no finalzinho de setembro, início de outubro, a gente recebeu uma orientação lá na UBS que a gente só poderia encaminhar um paciente a um especialista. Não poderíamos fazer dois encaminhamentos. (Médico, Eq. 01)

Na questão do encaminhamento para especialidade também existe, inclusive atualmente eles estavam pegando mais pesado com relação ao exagero dos encaminhamentos, porque tinham unidades em que eles perceberam que tinham vários encaminhamentos ao mesmo tempo de um mesmo de um mesmo profissional e assim eles tem orientado no sentido de encaminhar cada momento para um número “x” de especialistas. Por exemplo, vai encaminhar para um e esperar o retorno para ver se aquela situação foi solucionada ou não para depois poder encaminhar para os demais. Mas tem situações em que a gente percebe que são muito diferenciadas. Por exemplo, um paciente que precisa ser encaminhado para duas especialidades que ele precisa, ele é encaminhado e aí é justificado. Mesmo que lá embaixo, no nível central eles reclamem, tem sido encaminhado. (Assistente Social, Eq.02)

A intersetorialidade é percebida pela maioria dos profissionais como algo a ser alcançado, (...) complicado.. a verdade é que a intersetorialidade é muito bonita no papel mas na prática não existe, a gente tem uma dificuldade muito grande, o pessoal do serviço social é que mais lida com essa parte de intersetorial e eles penam, entendeu... É uma coisa que deveria estar funcionando, ajudaria demais mas... Ainda está só no papel. (Médica, Eq. 01)

Os profissionais em sua maioria referenciam o Serviço Social como a categoria profissional com capacidade para desenvolver o trabalho intersetorial, apesar de considerar que a identificação das necessidades desta articulação com as demais políticas públicas.

É porque acho que tudo isso é um pouco de saúde né?! Então a gente tá sempre, quando a gente não tem uma solução física pra coisa, um encaminhamento médico, uma coisa pra ser feita assim, a gente passa tudo pro serviço social, o serviço social sempre encontra um jeitinho de tá colocando essa pessoa, encaminhando essa pessoa. (ACS, Eq.01)

E, nós da saúde os problemas não são resolvidos dentro da UBS né, porque não cabe né, mas nós referenciamos né, as pessoas, os lugares né, a defesa civil, o conselho tutelar, caps álcool e droga, então a gente utiliza a rede, os braços da prefeitura pra gente poder referenciar essas pessoas, pra gente poder tentar articular essa rede de serviços. (Tec. De Enfermagem, Eq.03)

Na fala de um profissional foi possível identificar que esta postura não é consensual e que outros profissionais também fazem esta articulação,

Demandas da assistente social, nós temos serviço social dentro da UBS né, na medida do possível a gente encaminha pra elas, mas não fica amarrada ao serviço social né, porque a gente identifica dentro das consultas de enfermagem, dentro dos atendimentos de enfermagem, (...) aí a gente começa a investigar um pouquinho mais, a gente pede a pessoa pra fazer algum repouso, mas a pessoa não faz porque tem que catar papel não sei aonde, tá catando papel porque né. Tem que conseguir identificar se estão estudando ou não, então ele não fica atrelado só ao serviço social, a gente consegue ter vários profissionais. (Tec. De Enfermagem, Eq.01)

É, os encaminhamentos, principalmente consultas são feitos em referência e contra-referência, que sempre foi o grande problema histórico desses 15 anos que eu tô na UBS, é voltar alguma referência e contra-referência. Geralmente não volta. (Tec. De Enfermagem, Eq.01)

4.2 – O relato dos usuários em sua busca pelo cuidado em saúde.

Toda ênfase (...) deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender a necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente (...). Radicalizar a idéia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do sistema de saúde. (CECÍLIO, 2001)

No cenário dos serviços de saúde, segundo pesquisa encomendada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), foi demonstrado que: 38% da população utilizam de forma exclusiva os serviços de Saúde; 20% utilizam o SUS de forma freqüente, mas não exclusiva; 22% declararam utilizar serviços particulares na maioria das vezes; e 15% declararam não ser usuário do SUS. Esta estatística reitera a importância do SUS quando 58% da população declaram depender dos serviços do SUS.

Na atualidade convive-se com acessos seletivos, excludentes e focalizados justapostos nos diferentes serviços públicos, quase sempre assinalando o contraste entre a legislação e a garantia das formas de legitimidade de acesso aos serviços de saúde. Desta forma, através das *narrativas dos usuários* selecionados para este estudo, busca-se identificar em suas falas os fatores que limitaram seu acesso aos serviços de que necessitavam, e suscitar questões sobre as condições hoje encontradas na produção do cuidado em saúde.

Os usuários selecionados fazem parte do cadastro das três unidades de saúde elencadas para este estudo, foram informados sobre os objetivos da pesquisa e solicitados a discorrer livremente sobre sua experiência na busca do cuidado nos diferentes níveis de atenção: primária, secundária e terciária, e a emitir sua avaliação sobre as facilidades e dificuldades encontradas na efetivação do acesso a esses cuidados.

O primeiro contato foi feito através da USF, para informar o usuário sobre a pesquisa e questionar o interesse em participar da pesquisa. A primeira conversa, ao telefone, objetivava a apresentação da pesquisadora e a manifestação do interesse em convidar a pessoa para uma conversa em um outro momento, a propósito da pesquisa. A pessoa era, nesse momento, informada sobre como se chegou até o nome dela e sobre os objetivos da pesquisa, em linhas gerais, que seria uma entrevista sobre a experiência de cada um no dia-a-dia com os serviços de saúde do SUS, salientando a grande importância de sua participação.

Todas as pessoas convidadas se mostravam receptivas ao convite, agendando automaticamente o encontro. Optou-se em realizar o encontro em um espaço em que os usuários pudessem ficar à vontade para relatar a sua experiência, sem interferência do ambiente, sendo assim, todos os encontros aconteceram na residência dos participantes.

Em suas experiências cotidianas, os usuários estão o tempo todo fazendo avaliações dos serviços de saúde com os quais têm contato. Mas, de um modo geral, nem chegam a se dar conta de que fazem essas avaliações, pois elas geralmente não se dão no nível discursivo, embora ocorram com certeza no nível de sua consciência prática. Essas avaliações se dão com base em suas próprias experiências e em experiências referidas por outros usuários. Essas avaliações informais feitas cotidianamente pelos usuários são responsáveis pela configuração de juízos de valor ou de imagens que eles possuem dos diversos serviços da rede assistencial. (OLIVEIRA, 2004)

Na aplicação desta abordagem o usuário foi convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas da pesquisadora, quando elaboradas, buscavam dar profundidade às reflexões. Na condução deste processo, a relação com o outro foi um dos elementos essenciais com o qual nos deparamos, exigindo esforços reflexivos e de condução para que fosse possível uma interação tal que possibilitasse emergir e explorar o universo do usuário.

Este recurso pressupõe o estabelecimento de um relacionamento aberto e informal. Assim sendo, ao realizar a entrevista foi importante termos claro quais seriam

os objetivos do estudo, estarmos abertos e atentos às dificuldades inerentes a fase de aplicação e execução do método e, especialmente, reconhecermos a importância da relação usuário e pesquisador na sua aplicação e condução, mantendo uma disposição para compreender a experiência do outro.

O acesso pode ser conceituado como o ingresso ao sistema de atenção à saúde, as características distintas do sistema e da população podem determinar a possibilidade ou não de ingresso, mas a efetivação do acesso não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos, mas sim no fato dos serviços serem utilizados por aqueles que necessitem.

É possível que isso esteja relacionado com a importância de garantir-se a difusão de um novo modelo de organização de serviços em situações de aquisição e manutenção de novos direitos sociais. Há, também, uma tendência generalizada em considerar as práticas da atenção básica como um lócus privilegiado para observar a expressão do princípio da integralidade que vem associada ou mesmo confundida com medidas de acesso. Um conjunto amplo de ações ofertado num sistema de saúde só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade. Da mesma forma, não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos. Ou seja, na realidade, o que se quer verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais.

Com a vivência da doença, as pessoas passam a ter uma história para contar. Essas histórias não são histórias separadas do processo de viver, mas são convergentes à maneira de ver o mundo e de viver nele, passando a integra-se a esse mundo. Elas relatam várias situações vividas, que, no seu conjunto, têm um sentido maior, o que as transforma em histórias acessíveis aos outros.

Através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. Contar histórias implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal.

A partir dos relatos percebe-se que para o processo de busca à assistência à saúde no SUS, o produto desejado é a obtenção de cuidados de saúde de qualidade, prestados por serviços de saúde possuidores de estrutura capaz de atender integralmente as necessidades do usuário, de forma acessível, confiável, segura e em tempo adequado, tendo como resultado sua completa satisfação.

O que possibilita compreender que *na construção de suas estratégias de busca e obtenção de serviços de saúde, o usuário, entre outras coisas, leva em consideração a imagem que possui sobre a qualidade dos serviços de saúde*. Essa imagem de qualidade define maior ou menor credibilidade aos serviços de saúde e é fruto, de um aprendizado cotidiano e reflexivo. (OLIVEIRA, 2004)

Na seqüência, os resultados da pesquisa são apresentados em blocos, que tem apenas a finalidade de facilitar sua apresentação e interpretação, uma vez que não são exclusivos, ou seja, existem entre eles inúmeras interseções e a transcrição dos relatos dos usuários serão destacadas em itálico para facilitar a leitura.

Um aspecto que foi muito marcante nas falas dos usuários participantes o sentimento de contingência e de insegurança em relação à assistência. A verificação das dimensões físicas do acesso, ou seja, da existência de recursos capazes de responder a demanda, dá também uma idéia das condições estruturais para que a integralidade possa ocorrer. Na fala de todos os usuários foi possível identificar a fragilidade deste arranjo no sistema de saúde local.

Caso marque para um médico especialista a gente tem que marcar e esperar [...]. Um ortopedista a gente precisa é marcar e leva um ano e pouco [...]. Uma consulta para o olho, passa de um ano, [...]. É muito difícil [...] a gente não tem para pagar, tem que esperar [...]. Para tudo isso tem que passar no posto de saúde. Olha para você ter uma idéia, agora tô assim, com problema de coluna. Eu consultei aqui no posto médico do bairro e ele disse pra mim que acha que eu tô perdendo cálcio dos ossos. Aí ele me encaminhou pro reumatologista, que me pediu, é... o raio-X da coluna, e isso já tem uns vinte dias. Cê acredita que ainda tô... olha... demorou pra mim fazer o raio-X, porque no dia que tava marcado pra fazer, cheguei lá, não tinha o raio-X pra fazer do joelho. Aí tive que esperar, porque não tinha dinheiro para pagar particular. Quando eu consegui fazer já tinha passado o dia da consulta. Agora vou ter que esperar marcar de novo, e eu tô com muita dor no meu corpo, e aí vou pra poder eu ver que eu tenho algum problema de coluna, o quê que tá acontecendo comigo. Sabe? (Usuário 02).

Oftalmo é uma tristeza [...]. Oftalmo é de um ano para o outro. Aí o que acontece. Quando eles marcam [...], tu espera tanto tempo que quando chega o teu dia você nem lembra mais [...] (Usuário 03).

Tal como na visão dos profissionais das USF, foram detectados nas falas dos usuários problemas em decorrência do quantitativo insuficiente de recursos humanos e na referência para serviços especializados. Concluiu-se que essa barreira poderia

comprometer vantagens obtidas na integralidade, pois havendo problemas na referência para especialidades, a continuidade tornava-se também difícil, e a qualidade prejudicada como um todo.

O grande nó está nas especialidades. Pra chegar no especialista demora e o paciente complica nesse meio tempo; e quando chega no hospital eles dizem que os postos de saúde não trabalharam direito. (Usuário 02)

O acesso aos serviços especializados ocorre através de diferentes fluxos, considerando a especialidade e a relação entre USF e serviço e/ou especialista. As solicitações de avaliações especializadas são encaminhadas para a Central de Marcação de Consultas (CMC), que vai fazer o agendamento da consulta a partir das vagas existentes, e informando posteriormente ao usuário a data, o local e o horário da consulta especializada. Em alguns casos, a recepção da USF é quem informa o usuário através de contato telefônico ou ACS.

Grande parte da fonte de insatisfação (entre os que se declararam insatisfeitos) com o atendimento do SUS é, em qualquer caso, claramente vinculada ao fator “tempo de espera”: demora em ser atendido, demora em filas de espera, demora para marcar consulta, demora na recepção. Esta insatisfação pode ser percebida nas transcrições abaixo.

Primeiro a gente precisa passar pela Unidade, para ser encaminhado para o especialista. Os mais rápidos são dentro de um mês, o oftalmo é um que tem mais problema, porque é o mais demorado. Eu quero falar também dum problema que eu tinha um caroço na vista, então, é, sempre de ano em ano que fica aparecendo esse caroço em mim, e a médica é difícil marcar com ela. É uma coisa muito difícil. Eu tô com esse caroço agora, desde novembro, início de novembro até agora. Consegui consulta pro dia 2 de fevereiro. Agora ta assim, eles ficam com o papel, e a gente fica esperando em casa até ligar. E dessa última vez agora, em novembro que eu tive lá, eu esperei quase um mês pra conseguir a consulta. Isso tira a gente do sério, porque temos uma doença, que incomoda e preocupa a gente, né? Porque a gente sempre tem medo de ser alguma coisa mais grave, a gente gosta quando o médico olha e fala que não é nada sério. E também tem isso, eu gosto de consultar com a minha médica, porque ela já conhece meu problema, se eu fosse pagar a consulta, eu podia escolher o médico, porque no SUS não pode? Então eu falo com a menina que marca, que não tem problema se demorar, mas eu quero ela. Aí já viu, né? Tenho que esperar, porque sou pobre e não tenho condições pra pagar...Ortopedista também demora muito, tem gente esperando há quase um ano conseguir uma consulta.. O raio X é um exame que é muito demorado, às vezes é mais fácil ir lá no HPS. (Usuário Eq.02)

Note neste relato que o usuário já conhece os médicos de sua preferência, onde encontrá-los, os seus horários e, certamente o modo de obter o acesso a eles.

O encaminhamento a atenção especializada e hospitalar está garantido no primeiro princípio da Carta dos Direitos dos Usuários. Estes encaminhamentos serão estabelecidos em função da necessidade de saúde e indicação clínica, considerando critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso aos serviços especializados. (CAMPOS, 2006)

Nesse sentido, a obtenção do acesso pelo usuário dependerá do ajuste entre essas regras sociais de um lado e suas ações de outro lado. A partir de sua necessidade de acesso ao serviço de saúde, o usuário busca reinterpretar as diversas “regras sociais” vigentes nos serviços e a partir delas construir estratégias que visam lhe abrir as portas do sistema. O usuário precisa estar, repetidamente, “lutando” para se impor e se fazer presente como sujeito e cidadão na interface dos serviços de saúde. (OLIVEIRA, 2004)

Em sua busca pela assistência, o usuário utiliza diferentes estratégias na obtenção do cuidado, como se pode observar nos relatos que se seguem.

A gente vai até a Unidade, né, tem que passar pela doutora. A doutora faz o encaminhamento, depende do especialista. Ortopedia é bem demorado, não tem previsão pra marcar consulta, a moça lá falou. Claro que sempre tem exceção. Assim, tem um caso muito grave, urgente [...]. A gerente liga e acaba vendo um jeitinho ou outro ou encaminhando. Tem uns que são mais rápidos. (Usuário Eq..3).

Toda vez que eu vou eu tenho que brigar porque... eles não marca consulta... Vai marcar pra daqui a um mês. Às vezes eu to precisando, que eu to faltando serviço, eu dependo de um receita. Chega ali pra marcar, demora um mês, dois meses.(Usuário 01)

Durante o relato das vivências, os usuários pontuaram algumas destas estratégias, mas sem de fato fazer um juízo de valor sobre as mesmas, talvez para não comprometer a Equipe de Saúde que os atende, uma vez que tais estratégias vão de encontro às orientações fornecidas por estes profissionais. Através do contato com estes usuários, foi possível perceber um forte vínculo entre estes e o profissional de saúde que nos apresentou o que pode ter prejudicado o relato.

Eu espero, eu espero o Dr. chegar... e converso direto com ele. Não tem a vaga, mas a gente precisa, ué! Aí, com muito jeito eu falo que cheguei cedo na fila, não consegui vaga, não consegui marcar uma consulta e peço pra ele me atender, se puder,

mesmo que seja por último, ou se ele pode olhar um exame, que esteja precisando, ou se dá pra secretária entregar para o médico, só pra ele ver um resultado de exame, né? Minha filha, todo mundo faz isso, não tem jeito não, a gente precisa... Normalmente o médico, ele acaba atendendo assim, mas tem outros que não atendem, nem te dão atenção. (Usuário 01)

Essas estratégias podem demonstrar que o usuário percebe não ser visto como cidadão, portador de direitos, por parte dos agentes dos serviços de saúde. E acaba por procurar alguma forma de compensação, e recorre a terceiros considerados “influentes” junto aos serviços de saúde, na tentativa de ter sua necessidade atendida. Essa atitude de submissão verificada em alguns usuários tem como regra subjacente, a introjeção da imagem da prestação de serviços de saúde como se fossem favores concedidos por aqueles que têm “poder” para os que não possuem. O fato de ser conhecido de algum trabalhador do serviço é colocado como sinônimo de acesso. O usuário recorre a “pessoas influentes” para obter a assistência necessitada.

Às vezes eu preciso da ajuda de uma conhecida que trabalha lá no PAM, pra agilizar uma consulta. Já teve caso assim, da minha irmã ficar meses precisando fazer um ECO e não conseguia de jeito nenhum, então essa conhecida falou com uma pessoa lá, aí, essa pessoa pediu para meu sobrinho ir, e conversar com determinado funcionário, e ele manda eu ir, vir em tal lugar assim, conversar com determinada pessoa, aí rapidinho sai conseguiu a autorização. Então a gente depende de ter alguém lá. Né? Senão morre sem fazer o exame. (Usuário 03)

Não foi relatado por nenhum dos usuários participantes episódios de ameaça aos profissionais de saúde como estratégia de obtenção de acesso, como identificado por Oliveira (2004), onde a ameaça se faz de modo mais contundente, verbalizando com irritação a possibilidade de agressão à estrutura física do serviço ou mesmo diretamente aos profissionais de saúde. Nestas situações, o desespero e a indignação do usuário o leva a incorporar uma postura agressiva que visa romper drasticamente com as regras vigentes. Também pode ocorrer da manifestação de indignação não passar de uma encenação de caso pensado, em que pese também a sua legitimidade como uma estratégia de obtenção do acesso.

Como destacado, o acesso é considerado o ponto de partida em direção à prática do princípio da integralidade. Nesse sentido, observa-se nas falas de todos os usuários

que o acesso às consultas especializadas é bastante dificultado. Essa demora pode ser responsável pelo alto índice de procura do hospital/pronto atendimento para resolução de problemas relativos à atenção básica, como identificado por Oliveira (2004), gerando um custo mais elevado para solucionar problemas de baixa complexidade, sem considerar a descontinuidade e acompanhamento do usuário, que também compromete a integralidade.

Exames de imagem como ultrassonografia, mamografia e outros, necessitam de autorização da SMS, gerando um maior tempo de espera e deslocamento do usuário para obter sua solicitação. Embora, este possa ser considerado um fluxo seguro, no sentido de que existe uma normatização que o orienta, está sedimentado e incorporado às práticas dos profissionais envolvidos, a mediação da relação estabelecida pela autorização da SMS, que introduz uma tentativa de controlar as solicitações.

Quanto aos encaminhamentos para hospitalização, os usuários relatam que acabam conseguindo ser referenciados para o Hospital de Pronto Socorro Municipal (HPS), onde são novamente submetidos à avaliação do plantonista, que em algumas situações, liberam o usuário para ir para sua casa. O hospital segue uma organização particular, que não se submete a lógica do público, sendo mínimas as possibilidades de comunicação e negociação dos profissionais da USF.

Lá no hospital, porque a quinta fez lá né. E é muito rápido, pra quem teve internado é uma beleza. Porque aí a ambulância vem pega, faz os exames, num instante faz. E eu já tinha pedido isso ao Dr. Francisco, dia 3 de maio eu falei "doutor eu tô com a cabeça tão ruim, o senhor não podia mandar fazer um exame não? Que a minha cabeça tá ruim demais". Eu tava prevendo, achando que ia dar alguma coisa na minha cabeça, tá vendo? Quando eu contei isso lá no dia que eu internei, a Dra. Milena já falou, "tá vendo a senhora já tava prevendo, a senhora tava com a cabeça tão ruim e já tava desconfiada que ia dar o AVC". (Usuário 01)

As dificuldades ao acesso as consultas especializadas e a exames complementares é uma realidade vivenciada pelos usuários participantes, e que, ao se defrontarem com essa situação, ou se revoltam ou se resignam na sua condição de impotentes frente a isso.

Para mim, fui bem atendido. Está certo que às vezes demora. É isso que o pessoal não entende. [...] o médico, oculista, que vai atender que tem que saber a vaga que tem. E tem gente que acha que é de uma hora para outra (Usuário 01).

Primeiro a gente precisa passar pela Unidade, para ser encaminhado para o especialista. Os mais rápidos são dentro de um mês, o oftalmo é um que tem mais problema, porque é o mais demorado. Ortopedista também demora muito, tem gente esperando há quase um ano conseguir uma consulta.. O raio X é um exame que é muito demorado, às vezes é mais fácil ir lá no HPS. (Usuário Eq.02)

Esta compreensão remete diretamente a experiência vivida, e por isso não é unânime entre os entrevistados, [...] *reumatologista já consultei pelo posto, bem rapidinho. Qualquer tipo de especialista que eu preciso é bem rapidinho [...]. O mais demorado é o ortopedista. (Usuário 02).*

Ficou mais fácil né. Eles marcam, eles procuram, a gente que tá atrás é que marca né. Às vezes tem vezes que demora mais mas tem vez que não, vai até mais rápido.(Usuário 01)

Eu fui levar meus filhos no médico pra fazerem um exame de rotina, porque achei que eles estavam muito fracos, (risos). Então eu fui até o Hospital. e lá eu consegui um Clínico e marquei as consultas pros meninos. E como ainda tinha vaga com o médico, eu marquei pra mim também. E aí quando eu cheguei no médico, ele veio me olhar e eu estava com a pressão alta. E eu nem sabia que eu tinha esse problema de pressão alta. O médico me falou para eu vir no meu bairro, para o médico do meu bairro me encaminhar pra um cardiologista. Essa clínica me pediu alguns exames... exames de sangue e uma ultra-sonografia. E aí eu fui e fiz o exame de sangue e fiz a ultra-sonografia e essa ultra-sonografia mostrou alguns cistos nos rins e no fígado. Aí ela me mandou que eu procurasse um gastro. (Usuário 03)

Outro aspecto que aparece nas falas dos profissionais, e que também foi recorrente nas falas dos usuários se refere às dificuldades econômicas da população, que em algumas situações impedem os usuários de chegar até os serviços para os quais são encaminhados.

Muitas vezes a gente encaminha tratamento de lá no centro, mas às vezes não dá certo, não é lá que temos que ir e nos mandam voltar ao posto[...].

O ruim é que essas consultas são feitas lá no centro o que é difícil pra gente, né?Mesmo que não tenha o dinheiro para o ônibus. Mas aqui não é longe do Centro. Aqui dá para ir a pé [...]. Faz uma caminhadinha, faz uma ginástica. Mas a dificuldade é a falta (Usuário Eq. 03).

Falta muita coisa, apesar da médica atender muito bem; ela receita, mas eu chego aqui, não tem a medicação, então a gente tem que comprar e nem sempre temos condições de comprar...(Usuário Eq. 02)

A possibilidade de analisar o processo de acesso dos usuários aos serviços complementares, permitiu identificar um fluxo que apesar de alguns nós, oferece certo grau de resolutividade aos usuários do SUS deste município.

Outro aspecto que salta aos olhos nas falas dos usuários é a imagem que possuem sobre a competência técnico-científica do médico especialista, como muito superior àquela do médico generalista. Nas falas dos usuários participantes, pode se perceber o quanto isso está presente.

A gente tem observado que falta material básico, e o material humano principalmente. Né? Pra se atender, é... a população do bairro, precisaria de mais profissionais da área de saúde, e equipamento principalmente. A minha opinião seria talvez que tivesse dentro do Posto, inclusive... especialista das vagas mais procuradas como cardiologista, ginecologista, né?... principalmente. Que eles pudessem, é... visitar esses Postos, em sistema de rodízio. Talvez ajudaria a solucionar esse problema.

Você vê só, nós somos mulheres, então a gente quer consultar com mulher essa parte assim, vamos dizer, de saúde da mulher... de controle, preventivo, né... Então eu prefiro ir lá no SUS (Instituto da Mulher): Porque lá tem mais... aqui é médico de família, e lá eles tem tudo, tem tipo... especialista... É... Inclusive assim, semana passada eu fiz um, um exame ultra-som, sabe? Fui fazer uma consulta e já fiz logo o exame... Por causa da hemorragia, tive hemorragia. E eu tô ainda. Então os médicos aqui nem tava... não tava nem sabendo como fazer comigo, porque eu sou ligada, né? Porque a gente tem que chegar muito cedo no Posto, pra tentar marcar consulta, e chega lá dentro, vou falar a verdade, essas (consultas) aqui tão bem... bem fraquinha, né? Pelo menos, eu acho isso, que com esse Programa de Família... piorou. Piorou, porque é... eu, assim... eu acho assim, que cada um tem que ter seu médico, a mulher tem que ter o ginecologista... o clínico geral... a criança o pediatra, eu acho assim, tem que ter tudo separado. E aqui não. É tudo junto. O ginecologista olha a criança, o ginecologista olha a mulher, olha o homem, olha tudo, tudo igual. Entendeu? Então eu acho que, é, é totalmente errado. Eu acho que deveria ser separado. (Usuário 02)

O trecho acima transcrito demonstra o peso que a presença do especialista tem na construção da imagem de qualidade do serviço de saúde. Esta imagem também foi identificada na pesquisa sobre a Integralidade, onde os usuários argumentaram que o

SUS deveria trabalhar com um quadro maior de funcionários, principalmente médicos especialistas. Eles consideram que a falta de especialistas está causando um “inchaço” no nível secundário de atenção à saúde, o que faz com que as marcações das consultas fiquem demoradas. Mas outra justificativa está na resolutividade dos serviços. A atenção primária à saúde deveria resolver cerca de 80% da demanda que chega, é por isso que associamos como porta de entrada para o Sistema de Saúde. (PESQUISA, 2008).

No trecho que se segue, outro aspecto negativo em relação ao Saúde da Família foi abordado por outro usuário,

Porque o que acontece é que o bairro é dividido em três áreas. ... pra mim eu considero como um problema... eles atendem por... por rua, então a doutora X. é da área tal, a doutora Y. é da outra. Acontece o seguinte... eu sou morador da área coberta pela doutora X. Se eu for lá na unidade pra marcar alguma consulta e a doutora X. tiver de licença por causa de uma doença, um caso em que ele não compareceu, os outros médicos não me atendem. Porque eu não sou da área deles. Uma outra coisa também muito grave aqui no posto é o seguinte: são só dois médicos... se um faltar, não tem substituto, não vem mesmo... então não atende".. E também tem isso, tipo assim, você é dessa rua, então é esse médico que te atende. Às vezes a gente fica sabendo... a gente vai num médico, gosta dele, a gente quer voltar nele. E não pode. Cê tem que ser atendido por um outro, às vezes pega um desses... É da rua tal, o médico vai te atender... Aí às vezes você vai, não gosta daquele médico, e acontece, já tinha falado também, cê nem compra a receita. Mesmo se você... não gosta dele... tem que ir do mesmo jeito. E lá no Pronto Socorro, eu já tive, fui atendida, demorou um pouco, mas a médica que me atendeu lá foi muito boa também. E por agora também, a gente chega lá... agora eles tão falando... a gente tem que ser atendida na Policlínica, no Posto. Ou seja, cê fica sabendo que lá também tem um médico bom, cê quer ir lá tentar uma consulta com ele, não pode. Tem que ser atendido na Policlínica, ou no Posto. (Usuário 03)

No relato seguinte, a consulta com o generalista na UBS se resume a uma “conversa” da usuária com a “médica do posto” e ao encaminhamento para o ortopedista e para o “médico de reumatismo”, o que pode reforçar a imagem de contraposição que o usuário já possui sobre o generalista e o especialista. Ou seja a imagem que se reforça junto ao usuário é a de que o papel do generalista é de simples triagem de casos para os especialistas, estes sim, competentes para solucionar o seu problema.

Fui lá no posto por causa duma dor que tenho no braço aqui, fui consultar. Faz quase 70 dias que pedi uma consulta com

ortopedista, e até hoje não tive solução, não veio, o problema para a autorização para fazer consulta. Então até agora estou com o dedo amortecido. Cheguei com dor. A médica que me atendeu, conversou comigo, me medicou pra dor, até estou tomando o remédio que ela me medicou e falou que eu tenho que ir a um especialista pra descobrir o motivo dessa dor.. É começou a me dar uma dor aqui assim, e vinha que, eu deitava na cama, rolava de dor. Aí na mesma hora eu sentia frio, sentia calor. Aí ela não fez exames, porque falou que só o especialista pode fazer exame, nem me pediu nada. Mas só que no outro dia continuou a mesma coisa. Eu tava indo trabalhar passando mal, aí um dia eu não agüentei, eu falei pra minha patroa que eu ia chegar mais tarde, que eu ia vim no Posto, no médico aqui. Aí eu conversei com a médica do posto, ela que me encaminhou pra um ortopedista, e pro médico de reumatismo, porque ela falou que pode ser reumatismo. Então eu to ainda esperando a consulta ser marcada pra poder resolver meu problema. (Usuário 03)

Fica evidente que no seu imaginário, o usuário tem o especialista como o profissional mais competente, como o profissional que ele idealmente deseja para lhe assistir, ainda que isso implique em uma visão recortada de si mesmo, ainda que isso implique em maior deslocamento e em maior número de consultas. Além disso, fica evidente também o quanto esse aspecto vem sendo reforçado, de vários modos, nos próprios serviços de saúde da rede, à medida que não conseguem ser mais resolutivos nos seus atendimentos.

Contraditoriamente, os usuários também se mostram satisfeitos com os serviços/atendimentos prestados na USF, como se pode perceber nas comparações que fazem com relação a outros serviços de saúde. Isto pode ser explicado pela relação de vínculo entre o profissional de saúde e os usuários, numa perspectiva de uma visão integral por parte dos profissionais em relação às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades.

A pesquisa sobre a Integralidade também aborda esta questão quando apresenta que a forma como os usuários são recebidos nas USF é diferenciada. O acolhimento é destacado como um facilitador do acesso na USF/R, e acontece durante todo o dia. Neste acolhimento são buscadas as necessidades dos usuários, e priorizadas as demandas.

Acho bem organizado. Em relação a [...] se você for comparar com outros postos de saúde eu acho bem organizado. A primeira vez que eu vim aqui até me surpreendeu, sinceramente. Tô achando o atendimento perfeito, rápido, muito eficiente. tenho a parabenizar o trabalho que ta sendo feito; em 5 minutos

praticamente eu resolvi a situação, sem fila, sem problema nenhum. Se fosse de dar uma nota de 0 a 10, eu daria nota 10 (Usuário 03).

Já tive planos de saúde e o atendimento não é aquilo que as pessoas pensam. Eu tinha que desembolsar todo mês e, além de tudo, ainda tinha que pagar. Você tem restrições demais nos planos de saúde que paga, onde não vale a pena (Usuário 01).

Esta compreensão confronta com os achados da pesquisa, e isto pode em função do objeto deste estudo, que questiona aos participantes sua vivência em relação às consultas especializadas referidas pela USF, que apesar de relatarem a ESF como um avanço e uma melhoria na assistência a saúde, porque a todo instante, reforçam o posicionamento de que a equipe presta um serviço de qualidade, que a equipe é excelente na relação com os usuários, em vários momentos eles colocam a necessidade de ter na unidade profissionais especializados que venham atender as demandas da população atendida, o que demonstra a não compreensão da ESF por parte dos usuários. (PESQUISA, 2008)

Para alguns usuários, a satisfação com o atendimento prestado na Unidade supera os desgostos em relação ao acesso à assistência especializada. Os usuários mostram-se satisfeitos com a atenção recebida pelos funcionários, e com a resolutividade de seus problemas, ou ainda, com a atenção a eles dispensada pelos profissionais da USF. Esta imagem também foi traçada na pesquisa sobre a Integralidade, que considerou que *a maioria dos usuários entrevistados, afirmou ter acesso fácil ao supervisor local, facilitando o fluxo de suas e suas demandas, sugestões ou indagações dentro da Unidade e o em outros níveis de atenção.*

Pesq. - A senhora fazia o acompanhamento com a médica daqui, da unidade de saúde?

Usuário – Sim, e era o que tivesse aí né?!

Pesq. - Não tinha uma médica que acompanhava a senhora?

Usuário -Tinha, às vezes ela saía e colocava outros né, igual a Dra. G, a médica boa, a gente tava acostumando com ela boa, tiraram, a Dra. R também boa médica, tiraram né...(Usuário 01)

Através do posto, eles me encaminharam [...] para outra médica, a ginecologista [...] fiz todos os exames [...] eles encaminharam tudo [...] fiz essa cirurgia tranqüila [...] vieram aqui, me trocaram os curativos. (Usuário 03).

Nos relatos a seguir, nota-se uma contraposição evocada pelos usuários, entre médicos que atendem na UBS e aqueles que atendem em pronto-socorros, demonstrando uma imagem mais favorável em relação aos últimos. Um outro detalhe que fica claro é que o usuário, graças à vinculação da figura do generalista ao nível atenção básica e do especialista aos demais níveis do sistema, acaba tendo uma melhor imagem dos últimos em detrimento do primeiro.

A minha filha tava com dor de cabeça há uns dias atrás e muita febre. Ela tem problema, né, você viu. Eu peguei experiência com a Assistente Social lá do posto. Ela falou comigo assim – ‘A gente tem médico aqui. Se você quiser trazer pode até trazer. Mas eu sei que o posto tem hora pra fechar, e eu não consigo levar ela sozinha, tenho que esperar meu filho chegar pra me ajudar, então, fica difícil.... Você sabe, se ela precisasse de soro, ou de uma nebulização, e desse a hora de fechar o posto, já viu, né? Então lá no pronto-socorro ela já toma direto o soro’. Aí eu falei ‘ah tá bem... então eu vou lá mesmo não é?’ (Usuário 02)

Eu fui no Pronto Socorro, foi porque eu não conseguia ortopedista aqui na ... no nosso... na unidade básica. Porque eu estou com problema da dor e a minha consulta não é agendada nunca. (...)É marcaram pra mim...um encaminhamento para o ortopedista lá de baixo. Mas igual eles falaram: ‘Nós vamos ligar na hora que tiver a vaga... ligariam pra minha casa, na hora que tivesse conseguido. Tudo bem... mas não ligaram. Mas... tendo que tocar com a mão assim... eu não consegui. Fui no pronto socorro. O médico primeiro mandou me dar injeção. Ali no Pronto Socorro mesmo, o médico marcou um ortopedista pra mim. E no mesmo dia eu consegui um ortopedista. E naquele mesmo dia eu comecei fazer fisioterapia e tô até hoje fazendo fisioterapia. (Usuário 03)

Nota-se claramente a preferência do usuário pelo especialista em contraposição ao generalista, ao médico de família. O usuário não demonstra se importar em ter que se deslocar ou mesmo em ter que recorrer a mais de um médico, desde que seja avaliado pelo “desejado” especialista.

Em alguns casos, o usuário “opta” por pagar por um serviço particular, mesmo com toda dificuldade econômica da família. E o faz com grande sacrifício. A imagem que aparece de forma predominante é a de que o serviço particular é de melhor qualidade do que o serviço do SUS. Não só por ser mais confiável no imaginário do usuário, mas também por ser mais rápido, por não ter dificuldades quanto ao acesso. A única

dificuldade referida é a pequena disponibilidade do recurso financeiro para pagar o serviço.

É todo mês eu ia lá ,no Dr. F, mas agora eu trato com ele lá embaixo porque eu tenho um plano sabe, é um plano pequeno mas ele acabou com a minha dificuldade. Eu tava lá eu já tinha dado, diz o médico né lá no, desculpa eu no HPS, disse que eu tinha dado trombose, e não como que é, trombose?É... mas sei lá, não sei não. Aí dessa época pra cá eu comecei a fazer uso do Marevan todo mês tinha que fazer exame. Aí o Dr. Francisco eu ia lá fazia o exame lá, levava o exame lá pra ele ver ele me tirou o remédio, o Marevan, dia 03 de maio que eu fui lá. Quando foi dia 19 minha filha já fui dando o AVC. Aí fui pra lá dia 19, me atenderam na hora me internaram na hora.Aí... Nada, hoje em dia já tá tudo, igual meu filho, ele viaja muito, ele tem um plano que é muito bom, mas nem o plano dele minha filha, tá danado, ele falou “mãe, nem o plano”. Igual ele falou outro dia. “hein mãe, a senhora essa semana já consultou 4 veiz hein”. Aí eu falei graças a Deus hein meu filho mas eu não paguei nem um tostão por isso. Graças a Deus! Porque tudo ou é daqui né, ou é do plano né que eu tenho os médicos ou é consulta. (Usuário 01)

Assim a estratégia do usuário pagar por um serviço de saúde está, em alguns casos, relacionada àqueles procedimentos em que a relação entre a oferta e a demanda no SUS é desfavorável em razão da restrição da oferta ou em função do excesso de demanda de alguns serviços.

Eh, agora eu vou, eu pago uma taxa e ele vem aqui é muito mais fácil, porque pra mim ir lá tem que ir eu, a minha nora, vai meu filho com o carro, ou ele ou o vizinho aqui que me leva ou o outro filho, sempre tem que ir mais gente. Aí ele vem aqui, eu tô pagando agora, essa sexta-feira ele veio. Sexta não, que dia?! Sexta mesmo... Ele era pra vir ontem segunda-feira ele veio sexta aí eu falei não, mas pode fazer por causa disso não ué, eu levantei agora não tomei nada, tô em jejum. “Ah então vamos”, aí eu paguei 12 reais, mas é preferível. (Usuário 01).

Capítulo V

Uma análise das perspectivas da Referência e Contra-referência

5.1 - A Integração entre os níveis de atenção

A integração da USF aos demais níveis de complexidade é possibilitada pelo mecanismo de referência e contra-referência, composto pelas centrais de regulação de internações e centrais de marcação de consultas especializadas e/ou exames com o estabelecimento de cotas físicas ou financeiras por unidades de saúde ou por população/territórios de adscrição. As informatizações de unidades e suas conexões com as centrais e a criação de formulários específicos para a referência e contra-referência facilitam o estabelecimento de fluxos entre serviços e profissionais de distintos níveis de complexidades.

O problema de fluxo dos pacientes, tanto para média e alta complexidade está em constante discussão, visando à melhora dos serviços oferecidos.

Os usuários identificam dificuldades em obter consulta com o ortopedista. Quanto às outras especialidades médicas, relatam na sua maioria estarem satisfeitos. Os dados da observação nos permitiram identificar um processo histórico que ao longo dos anos construiu uma prática de comunicação entre a rede básica e as especialidades, refletindo nas organizações dos serviços e nas práticas profissionais.

Cardiologista já consultei pelo posto. Bem rapidinho. Qualquer tipo de especialista que eu preciso é bem rapidinho [...]. O mais demorado é o ortopedista [...] (Usuário Eq.01).

Para mim, fui bem atendido. Está certo que às vezes demora. É isso que o pessoal não entende. [...] o médico, ortopedista, que vai atender, que tem que saber a vaga que tem. E tem gente que acha que é de uma hora para outra (Usuário Eq.02).

A lógica de encaminhamentos aos serviços especializados é coerente com a orientação preconizada pelo Ministério da Saúde, na qual USF jamais deve perder de vista o usuário, responsabilizando-se pelas referências necessárias, contatando os outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta na contra-referência, para continuar atuando no nível dos cuidados básicos.

O encaminhamento a atenção especializada e hospitalar está garantido no primeiro princípio da Carta dos Direitos dos Usuários. Estes encaminhamentos serão estabelecidos em função da necessidade de saúde e indicação clínica, considerando

critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso aos serviços especializados.

O Programa Nacional de Atenção Básica, no seu segundo princípio, refere que compete as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e ao Distrito Federal, organizar o fluxo dos usuários visando à garantia das referências aos serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica. Com isso é possível entender, que o fluxo da demanda a serviços especializados, depende não só da resolutividade dos profissionais, mas também do empenho dos gestores na organização e facilitação desse fluxo para as necessidades de saúde dos usuários a serviços especializados, sempre que necessário.

A referência e a contra-referência dos usuários aos serviços especializados precisa ser organizada de forma que os usuários tenham suas necessidades resolvidas e fiquem satisfeitos com a atenção recebida.

Ele vem, faz a consulta médica e ela encaminha para o especialista. Daí a CMC faz o agendamento da consulta e quando estão marcados eles avisam por telefone ou os ACS avisam. (Técnico de enfermagem, Eq.03).

Caso marque para um médico especialista a gente tem que marcar e esperar [...]. Um ortopedista a gente precisa é marcar e leva um ano e pouco [...]. Uma consulta para o olho, passa de um ano, [...]. É muito difícil [...] a gente não tem para pagar, tem que esperar [...]. Para tudo isso tem que passar no posto de saúde (Usuário, Eq.03).

O acesso aos serviços especializados ocorre através de diferentes fluxos, considerando a especialidade e a relação entre SMS e serviço e/ou especialista. As solicitações de consultas especializadas são encaminhadas para a CMC agendar, as consulta para a Saúde Mental são agendadas a partir de cotas por unidade. O funcionário da CMC informa o usuário através de contato telefônico ou solicita ajuda do ACS.

Fica aqui na frente com a recepção, eles mandam ligam. Marcam o dia, e a gente vai avisar o paciente para vir até a Unidade, que tem uma consulta marcada, agendada, e eles vêm procurar, se a gente for autorizado a levar, leva em mãos para a pessoa. Com autorização leva (ACS.02).

Ao longo de vários anos o município estruturou uma rede de serviços especializados, entretanto, em algumas áreas existem significativos problemas de fluxo.

O paciente vem até a Unidade. A médica faz o encaminhamento, depende do especialista. Ortopedista, é bem demorado, ainda estão marcando os do ano passado. Claro que sempre tem exceção. Assim, tem um caso muito grave, urgente [...]. A enfermeira liga para a Secretaria [...], a Secretaria acaba vendo um jeitinho ou outro ou encaminhando. Tem uns que são mais rápidos. O que é mais demorado é o ortopedista (ACS.01).

[...] levei meu filho lá no posto por causa duma dor que ele sente no braço. Faz quase 02 meses e até hoje não teve solução, não veio, o problema para a autorização para fazer radiografia. Então até agora ele ta com o dedo amortecido, com dor. A médica que atendeu, deu remédio e até hoje ele ta tomando o remédio que ela medicou (Usuário, Eq.03).

No sentido, de especialista [...] às vezes é complicado para gente conseguir [...], mas daí não é o posto aqui, é em si a Secretaria de Saúde [...]. É pouco especialista e é muita população [...] (Usuário, Eq.02).

Os exames seguem um fluxo semelhante à solicitação de avaliação especializada, entretanto, vários são agendados e coletados na Unidade, sendo encaminhados por um serviço diário de coleta de material do laboratório, o que agiliza o atendimento e possibilita aos profissionais de saúde fechar um número maior de diagnósticos, resultando assim numa maior resolutividade das USF.

Considerando que o conceito de integralidade, também está relacionado à capacidade de integração, entre os serviços da rede de saúde tendo como eixo para sua avaliação a questão da referência e contra-referência, não existe uma articulação institucional formal ou ainda informal entre a USF e os serviços de urgência/emergência. Os atendimentos são realizados no hospital e os usuários devem procurar o serviço. Em algumas situações os profissionais preferem enviar um encaminhamento no sentido de sensibilizar o serviço.

A gente chama o carro da Secretaria de Saúde. Depois comunica por telefone ou vai até a casa da família, vê se tem familiar. O familiar acompanha e, se não tem ninguém da família, a gente vai para o Hospital junto. Depois entra em contato com a família (ACS, Eq.02).

A USF pode acionar um transporte para os usuários que chegam em estado grave à unidade de saúde. Quanto aos encaminhamentos para hospitalização, os usuários relatam que acabam conseguindo ser referenciados para o hospital através do especialista, onde são novamente submetidos à avaliação do plantonista, que em algumas situações, liberam o usuário para ir para sua casa. O hospital segue uma organização que dificulta a relação com os demais níveis, sendo mínimas as possibilidades de comunicação e negociação dos profissionais da USF.

O fato de esse serviço não fornecer documentos de referência aos serviços ambulatoriais de atenção primária e secundária fazia com que o usuário tivesse que se submeter à hierarquia do Sistema, mesmo naqueles casos em que já tivesse recebido um diagnóstico no pronto atendimento, ou seja, o atendimento lá prestado de pouco tinha servido para o acesso direto a outros pontos do Sistema que não fosse o da atenção básica ou a internação hospitalar, cabendo ao usuário a prerrogativa de lutar sozinho pelo atendimento, o que deveria ser uma garantia do Sistema como um todo. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

A procura por serviços de saúde envolve fatores que, dependendo de como estão ordenados, definirão a escolha pelo usuário. Assim, são influentes a gravidade ou a urgência do problema/necessidade, a tecnologia disponível, a resolutividade da atenção, a acolhida, as condições de acesso (distância da moradia, as formas, o tempo e o custo de deslocamento), a agilidade no atendimento, as experiências vividas pelo paciente/familiar, a destreza na marcação de exames ou encaminhamento para outros serviços, bem como o vínculo estabelecido pelo usuário com profissionais, serviços e com o Sistema de Saúde.

Levam o encaminhamento quando é consulta com especialista, no caso de agendada. No caso de urgência [...] não. [...] Depois que ele pega o resultado, tem que vir aqui agendar a consulta para mostrar para o médico.
(Técnico e Enfermagem, Eq.01).

As queixas trazidas pelos usuários vinham moldadas segundo as possibilidades por eles apreendidas nas relações sociais, o que significa que as suas necessidades também eram construídas social e historicamente. O usuário buscava o pronto atendimento para resolução de necessidades agudas ou não, mas que, no momento, lhe traziam dificuldades e desconforto.

A procura por uma assistência que apresente a resolubilidade faz com que, ainda hoje, as unidades de pronto-atendimento dos hospitais sejam o primeiro lugar de escolha dos usuários, tornando o serviço uma importante porta de entrada no sistema. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

A contra-referência é uma prática que não funciona para a maioria das ações, poucos foram os serviços citados pelos entrevistados que fazem a contra-referência e estabelecem um diálogo com a USF. E contrapartida, quando um usuário é encaminhado para um especialista, tem data, hora e local agendados previamente e quando ele sai da USF leva consigo o formulário de encaminhamento, contendo as informações sobre a

assistência que recebeu na USF. Quando o atendimento na especialidade (ou hospitalização) é concluído, o usuário nem sempre retorna à USF com seu prontuário, acrescido dos registros que relatam as ações de saúde desenvolvidas no período. A não ocorrência da contra-referência é um dos grandes entraves para a continuidade do cuidado.

O que ocorre com frequência, é o retorno do usuário à USF não pelo procedimento de contra-referência garantidor da continuidade do cuidado, mas sim na busca individual por um serviço necessário, como troca de curativos, dispensação de medicamentos, dentre outros.

Através do posto, eles me encaminharam [...] para outra médica, a ginecologista [...] fiz todos os exames [...] eles encaminharam tudo [...] fiz essa cirurgia tranqüila [...] depois a enfermeira veio aqui, junto com o Agente, me trocaram os curativos. (Usuária, Eq.03)

A Contra-referência é importante na organização da atenção à saúde, e na institucionalização de um sistema de referência e contra-referência efetivo é necessário que as informações acerca do cuidado prestado ao usuário sejam disponibilizadas a todos os profissionais que prestam este cuidado. Assim, considerar que o prontuário é do usuário e não do serviço ou dos profissionais, caracteriza-se num movimento de reversão rumo à integralidade. Nesta reversão está impressa uma mudança que é operacional, mas que é também e principalmente contra-ideológica, no sentido de organizar o serviço de saúde tendo como eixo as necessidades de saúde do usuário.

Neste sentido a implantação o Cartão SUS e o prontuário eletrônico serão ferramentas importantes para a efetivação da RCR. Uma condição diferenciada estabelecida na USF é o formulário de referência e contra-referência, sendo sua utilização e qualidade variada entre as diferentes áreas de especialidades. Durante o período de observação foi possível perceber, que geralmente ele qualificado instrumento de comunicação, entre os diferentes níveis do sistema de saúde.

5.2 - A interlocução entre os profissionais de saúde – a demanda por uma Educação Permanente

Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta às práticas organizacionais, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A Educação Permanente em Saúde configura, ainda, para outros educadores, o desdobramento, sem filiação, de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde. No caso brasileiro, em particular, verificamos, nos movimentos de mudança na atenção em saúde, a mais ampla intimidade cultural e analítica com Paulo Freire; nos movimentos de mudança na gestão setorial, uma forte ligação e uma forte autonomia intelectual com origem ou passagem pelo movimento institucionalista e nos movimentos de mudança na educação de profissionais de saúde um intenso engajamento, também com uma intensa produção original. É deste reconhecimento nacional que tenho tangenciado, desde 2001 (Ceccim & Armani, 2001), a noção de Quadrilátero da Formação, organizada mais recentemente no trabalho intelectual, político e institucional com Laura Feuerwerker (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Cada face comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões. Cada interseção resulta em trajetos formativos postos em ato. Merhy (1994) percebe isso quando afirma que a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho. Para Merhy (1997), não se pode admitir ou propor a captura do trabalho em saúde pela lógica dos saberes e práticas

expressos nos equipamentos e técnicas estruturados. Podemos dizer que o objeto da saúde não é *objetificável*, que não pode ser reificado. Para Merhy, as tecnologias de ação mais estratégicas em saúde configuram processos de intervenção em ato, operando tecnologias de relações. O trabalho em saúde promove processos de subjetivação, está além de práticas e saberes tecnológicos estruturados. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

Para a área da saúde, entretanto, a formação não apenas gera profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde. A área da saúde requer educação permanente. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Uma formação, assim colocada, envolve a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, que passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais *em terreno* e dos quadros dirigentes. As demandas para educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos *níveis centrais*, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho — em cada serviço de saúde — que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

A ordenação da formação para a área da saúde como política pública afirma a perspectiva da construção de espaços locais, microrregionais e regionais com

capacidade de desenvolver a educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por seu estabelecimento de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços. Esta, entretanto, precisa incorporar a noção de Atenção Integral à Saúde⁴, entendendo a rede de ações e serviços como "cadeia de cuidado progressivo à saúde" (Cecílio, 1997), onde não haja dicotomia entre os diversos âmbitos da rede única do SUS. A educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o sistema, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

A educação permanente em saúde interpõe, nesta vertente, a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão. Pode-se/deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho (capacitações tradicionais), mas também a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo. Em ambos os casos, podem-se/devem-se inserir fluxos à reflexão crítica.

Se a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde levar ao desenvolvimento da proposta da educação em serviço, como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, não se tratará de organizar um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sempre o ordenamento do processo formativo e a educação permanente em saúde. Muitas vezes, cursos necessários ao pessoal de serviços são ainda mais necessários ao pessoal docente para instalar sustentabilidade pedagógica local/regional, buscando fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores éticos, técnicos, humanísticos e organizacionais aqui mencionados. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

A multiplicidade de interesses e pontos de vista existentes nos territórios deixa clara também a necessidade de negociação e pactuação política nesse processo de estabelecimento de orientações concretas para a educação permanente em saúde. O núcleo central da política de formação para a área da saúde é constituído pela própria população. Suas necessidades sanitárias e mesmo de educação para a gestão social das políticas públicas de saúde devem ser contempladas, promovendo-se o

desenvolvimento da autonomia diante das ações, dos serviços e dos profissionais de saúde. Para que sejam identificados os efeitos das ações desenvolvidas, deve-se prever mecanismos de avaliação dos processos de educação permanente em saúde, bem como mecanismos de monitoramento que possibilitem ordenar e/ou reordenar cada articulação interinstitucional na política de formação para a área da saúde. A avaliação tem a capacidade de forjar novas organizações e novas realidades a partir da realidade avaliada, colocando os programas sob avaliação em processo de geração de conhecimento e de práticas. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

Serão necessários novos mecanismos de planejamento e gestão para que os serviços possam ser espaços de aprendizagem. Especial atenção deve ser dada à formulação de novos pactos de trabalho, capazes de absorver as demandas de cuidado às pessoas e populações, o ensino e a produção do conhecimento nos espaços locais e no conjunto da rede de atenção à saúde. Na perspectiva da educação permanente e da significação dos processos de formação pelas necessidades sociais em saúde, integralidade do atendimento e rede de cuidados, é necessário que as instituições formadoras também realizem importantes iniciativas inovadoras na área do planejamento e da gestão educacionais. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

Articulações interinstitucionais precisam ser providenciadas e apoiadas pelo SUS, para que a educação permanente em saúde constitua espaços de planejamento, gestão e mediação. E ainda para que as diretrizes políticas de ordenação da formação na área da saúde se materializem de forma agregadora e com direcionalidade pelo interesse público, em sintonia com as peculiaridades locais. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

É importante destacar que o desafio da *roda*, em lugar da *verticalidade*, como nos organogramas de hierarquia, impõe não apenas a mudança na estrutura, mas na imagem/concepção do sistema e de sua condução (Campos, 2000). A concepção padrão é a da pirâmide, tanto na imagem conhecida da relação entre hospitais e serviços de atenção básica, quanto na visibilidade dos chamados níveis centrais. A idéia e a imagem do nível revelam subordinação, atentam contra o princípio do Estado configurado em entes federados que se comunicam sem hierarquia (negociam e pactuam) — daí a importância de propor outra relação, que produza outra imagem. Com essa nova imagem, esperamos nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da intersetorialidade. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

A discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde. Para prestar uma assistência holística,

não podemos acreditar que seremos capazes de fazê-lo individualmente. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

Apesar destes limites avaliamos que a referência e a contra-referência é uma característica importante neste município, pois é funcional, na maioria das situações. O acesso aos medicamentos também é uma peculiaridade que se diferencia, pois têm sido plenamente garantidos.

Na relação da atenção básica e a média e alta complexidade, revela-se um sentido da integralidade que se relaciona à organização da rede de serviços a partir do princípio de integração, privilegiando-se estratégias de comunicações e de estabelecimentos de fluxos seguros, no entanto, o tempo de espera para consulta em algumas especialidades e ao exame de Raio X geraram descontentamento e insatisfação da comunidade.

A análise da RCR no município de Juiz de Fora, revelou aspectos que são indicativos da baixa capacidade de organização dessa rede, durante o período estudado. Dessa forma a inexistência de uma proposta explícita com a com relação a institucionalização e a formalização dos procedimentos de encaminhamento, parece refletir não somente a despreocupação com os aspectos normativos dessa rede, mas sobretudo a concepção eu orientou o desenho de regionalização e de hierarquização desses serviços.

A própria expressão “rede de atenção primária” utilizada na caracterização dos serviços estudados, enfatiza o nível elementar de atenção, ou ate mesmo exclui como possibilidade de acesso dos usuários aos demais níveis de atendimento.

Apesar da proposta de reorganização do setor saúde a partir do conceito ampliado de atenção primária que tem como, incidindo sobre todos os níveis de atenção, ainda não é possível identificar uma rede de atenção com mecanismos de R e CR com relevância no processo de organização dos serviços que destaque a continuidade do atendimento ao usuário em todos os níveis de atenção.

Pelos relatos dos usuários e dos profissionais de saúde, foi possível perceber que os instrumentos da R e CR não são valorizados enquanto parte do sistema de informação da rede de serviços, com papel significativo no processo de controle e avaliação das atividades de atendimento, e menos ainda como fonte de informação permanente aos profissionais dos diferentes níveis de atenção.

A R e CR parece ser compreendida como favorecedora de uma integração harmônica entre os componentes do sistema de saúde, através do papel de apoio e de

equilíbrio entre os níveis de atenção, refletindo o caráter funcionalista da concepção predominante do modelo organizacional adotado. Segundo esta abordagem, o nível primário constitui o elemento fundamental para a ampliação dos serviços, e os demais níveis deveriam ser desenvolvidos para prestar apoio a esse nível, através dos mecanismos da R e CR.

Pode-se observar na análise feita que a proposta de encaminhamentos de usuários é citada enquanto atividade a ser desenvolvida pela unidade de saúde dessa rede, todavia, não é explicitada nenhuma preocupação com a normatização e formalização de procedimentos que viessem a favorecer a organização desses mecanismos e seu melhor funcionamento.

Parece claro, portanto, que o tratamento atribuído aos instrumentos da R e CR na rede estudada, reflete por um lado, a ausência de um projeto global de reorientação do modelo organizacional de atenção a saúde dentro da instituição, e por outro a concepção restritiva de atenção primária.

Esses dados permitem questionar as possibilidades de impacto das ações de saúde desenvolvida pela medicina comunitária, cujos serviços de saúde não são amplamente reconhecidos pela população, na medida em que de um modo geral não se constituem em soluções para os seus problemas de saúde.

Assim é possível considerar que mesmo se assegurando os recursos necessários, se o trabalho não se realizar, a RCR se reduz a um instrumento de repasse de usuários.

Apesar deste estudo não utilizar como fonte de pesquisa, as estatísticas de encaminhamentos das USF a outros serviços, pode-se aferir a partir do relato dos entrevistados é possível admitir que a rede, atualmente, é deficiente, sob vários aspectos, seja no efetivo acesso dos usuários aos cuidados que necessita, seja no gerenciamento, controle, acompanhamento e avaliação dos serviços.

A análise da organização do sistema da R e CR, nessa rede de serviços revelou predominância dos procedimentos informais entre os encaminhamentos realizados. Esses dados apontam que o padrão de normas e procedimentos com relação aos instrumentos da R e CR é ineficaz, seja por despreparo dos profissionais de saúde, seja pela inexistência de uma gestão comprometida com a operacionalização deste sistema.

A análise da contra-referência dos usuários encaminhados reforça essa observação anterior, na medida em que indica que grande parte dos retornos ocorridos da média e alta complexidade para a atenção primária são motivados pela necessidade de cuidado imediato e não pela preocupação com o acompanhamento e com a

continuidade da atenção. O que fica evidente é que o retorno significa um novo comparecimento do que a busca de complementação e da continuidade do cuidado.

Finalizando, cabe assinalar que os resultados obtidos no presente estudo, além de evidenciar a fragilidade da R e CR, induz à conclusão de que a organização desse mecanismo pressupõem o privilegiamento a atenção integral ao usuário e um enfoque de cuidado à saúde voltado para o desenvolvimento do conjunto dos serviços ao interior de uma rede regionalizada e hierarquizada.

A informalidade dos procedimentos da R e CR na rede estudada, coaduna com a proposta de atenção primária concebida enquanto programa de assistência simplificada e limitada, sem os critérios de integralidade na atenção e equidade no acesso à assistência necessária.

Observa-se nas falas dos profissionais de saúde das USF que a organização da rede como hierarquizada favorece a visão de que a atenção ao usuário é responsabilidade das unidades de saúde isoladamente, e não da rede em conjunto. Segundo eles, este enfoque proporciona uma postura individualista e elitista por parte dos profissionais de saúde dos níveis de média e alta complexidade, que entendem a atenção primária como de menor importância, criando diferentes status entre os profissionais da mesma categoria. O que dificulta muito a interação entre eles, e conseqüentemente, a troca de informações e conhecimento sobre o cuidado à saúde. Quase toda a totalidade dos profissionais entrevistados declararam ter suas informações acerca dos cuidados prestados aos usuários encaminhados, desqualificadas e desconsideradas pelos seus pares de níveis hierárquicos superiores.

Também a distribuição diferenciada de recursos técnicos e administrativos ao interior da rede faz surgir relações de conflito entre sujeitos sociais que aí atua, criando espaços de luta, que interferem no funcionamento da R e CR. Agrega-se a essa situação o perfil político-ideológico dos profissionais de saúde que se expressa na manifestação de interesses distintos e muitas vezes antagônicos em relação às necessidades da população e à racionalidade dos serviços, se refletindo na atitude desses profissionais ao interior da rede e influenciando o tratamento atribuído ao encaminhamento de usuários. A existência de uma distribuição diferenciada de recursos tecnológicos e de saber nos níveis de maior complexidade, resulta em uma alta concentração de poder nesses níveis de atenção, fazendo surgir uma postura de auto-suficiência e autonomia dos profissionais que atuam nesses serviços, em relação a atenção primária, dificultando o funcionamento da contra-referência dos usuários. Esta situação fica mais acentuada na medida em que

os profissionais desconhecem o papel e competência dos serviços nos diferentes níveis de atenção.

A R e CR tem se caracterizado como elemento racionalizador, capaz de contribuir para a elevação da eficiência e produtividade da rede de serviços, maximizando dessa forma, a oferta e utilização dos serviços de saúde pela população.

Os instrumentos de encaminhamento de usuários implicariam em uma relação orgânica entre os níveis de atenção, com a finalidade de produzir um fluxo constante de informações e de usuários, de forma adequada e sem repetição dos procedimentos já realizados. Ao estabelecer uma maior funcionalidade ao sistema de saúde, este instrumento tem a função de favorecer a elevação de equilíbrio entre os níveis de atenção, proporcionando relações de maior estabilidade e harmonia no interior do sistema de saúde.

Compreendendo que a atenção aos usuários é responsabilidade do sistema de saúde, em cuja rede de serviços e não de um serviço apenas, é possível perceber o papel dos mecanismos de encaminhamentos, ordenando o fluxo de demanda de forma a se efetuar uma utilização mais adequada dos recursos de maior composição tecnológica e de custos mais elevados.

Os modelos de atenção à saúde que não se organizam em função das necessidades de saúde da população não privilegiam a organização regionalizada e estruturada por rede de serviços e muito menos mecanismos e integração e/ou coordenação entre as unidades de saúde. Assim, a proposta de implementação dos mecanismos da RCR tem permanecido como uma declaração de intenções sem possibilidade de se realizar adequadamente na prática de prestação do atendimento. (Araújo, 1988)

A R e CR é um instrumento facilitador do acesso aos diferentes níveis de atenção, a referência de usuários contribui para o aumento da demanda aos serviços, por outro lado, o funcionamento adequado desses mecanismos evidencia determinadas insuficiências resolutivas dos serviços e dos níveis de atenção, gerando conflitos no interior da rede de serviço, que podem precipitar pressões que impliquem em melhorias nos serviços e no incremento da capacidade de organização do trabalho coletivo.

A R e CR dos usuários enquanto um movimento organizado de um nível a outro requer um intercambio permanente de conhecimentos, habilidades e informações que vai revelar uma acumulação diferenciada dos recursos materiais, humanos e de saber entre

os níveis que e expressa enquanto distintos graus de acumulação de poder, o que pode gerar conflitos na relações no interior dos níveis de atenção e entre eles.

A R e CR enquanto instrumento é capaz de possibilitar ao usuário o acesso ao serviço que necessita para o atendimento adequado a sua necessidade em saúde, calcado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, consubstanciando na materialidade do direito à saúde. *Observa-se assim, o conteúdo democratizante da R e CR permitindo assegurar o acesso de toda a população aos recursos tecnológicos disponíveis, podendo favorecer o consumo igualitário à assistência global à saúde.*(Araújo, 1988).

A análise do limites e possibilidades da R e CR implica na compreensão dos seus elementos e das contradições que ela encerra, resultante de um conjunto de mecanismos e relações políticas, institucionais e sociais.

A eficiência e eficácia da organização da R e CR se vê limitada em decorrência de não terem sido estabelecidos uma serie de condições na rede de serviços que pudessem assegurar seu adequado funcionamento. A capacidade de transporte de usuários e a introdução dos meios ágeis de comunicação no interior da rede devem ser acionados como condições necessárias para o seu funcionamento.

Para que a R e CR seja efetiva são necessárias intervenções sobre as práticas em saúde, tanto no nível gerencial como da produção do cuidado. Por isso a importância de implantar uma normatização e regulamentação das ações de saúde e dos serviços, bem como a avaliação e o monitoramento da produção do cuidado. Portanto, a definição de formulários e formalização das normas e rotinas não é suficiente para a efetividade da R e CR. *É preciso saber construir seu espaço no enfrentamento cotidiano da prática dos serviços. Obstáculos à sua realização plena, refletem a transição difícil entre as distintas formas de organizar o trabalho em saúde (...)*(Araújo, 1988)

A demanda aos serviços de saúde pode ser entendida como um pedido explícito que expressa todas as necessidades do usuário. Ela pode se efetivar por meio de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos, realização de procedimentos, pois é essa a forma como os serviços organizam a sua oferta. Paradoxalmente, as necessidades de cada usuário podem ser outras. Elas podem ser a busca de respostas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a alguma tecnologia específica que lhe possa proporcionar qualidade de vida.

Em toda situação de atendimento prestado por profissionais de saúde, o acolhimento deve estar presente. Pressupõe atender a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários, utilizando os recursos disponíveis para a resolução de problemas. Implicará prestar atendimentos com interesse e responsabilização, orientando, quando for o caso, e estabelecendo articulações com outros serviços, para a continuidade da assistência, garantindo, assim, a eficácia desses encaminhamentos.

O modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde.

A importância de abordar a assistência de forma integrada está fundamentada na articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. A proposta é mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação. Cada usuário deverá ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica indutora de consumo. Esta lógica contrapõe-se ao presente cotidiano dos serviços de saúde, onde frequentemente há confronto entre os profissionais que atuam ou que deveriam atuar com o mesmo objetivo, ou seja, o bem-estar do cliente e o desenvolvimento de ações curativas ou preventivas no processo de saúde/doença.

5.3 - O Sistema Único de Saúde e a R e CR

O Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta como uma política que deve possibilitar tanto o acesso universal a cuidados básicos de saúde quanto de alta complexidade, sendo norteado por princípios e diretrizes definidos pela Lei Orgânica da Saúde de 1990. Dentre estes princípios que legitimam o sistema, estão a universalidade significando atender a todos, sem distinções, restrições ou custo; a integralidade com atenção em quaisquer níveis de complexidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção no tratamento dos indivíduos e das coletividades, sem prejuízo das ações

curativas; a equidade com a disponibilização de recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um e o direito à informação com o domínio das informações sobre a saúde individual e sobre os riscos que afetam a saúde coletiva, cuja responsabilidade recai sobre os profissionais e gestores.

O SUS reveste-se de importância no quadro sanitário brasileiro, não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde e modelo de atendimento à clientela, mas especialmente pela mudança impressa nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência à saúde no país. Apesar dos avanços alcançados desde a implantação do SUS, permanecem ainda aspectos inovadores e conservadores dentro desse sistema, como característica da atenção à saúde no Brasil. (OLIVEIRA, 2004)

De acordo com Gastão Wagner (2008) o primeiro desafio a ser enfrentado quando se faz uma análise atual é que o SUS não se transformou em prioridade do Estado brasileiro, apenas alguns municípios e alguns gestores fugiram a esta regra, o que possibilitou o surgimento de alguns exemplos *como efeito de demonstração* de que seria possível construir um de saúde público no Brasil. A consequência disto é que não foram *enfrentadas mudanças políticas, organizacionais e do modelo de atenção que têm impedido consolidar o sistema.*

Outro ponto que deve ser destacado nesta análise segundo este autor é o reconhecimento de que existe *uma crise de legitimidade das organizações estatais e públicas pela baixa eficácia e eficiência. Há apropriação do orçamento investido por agrupamentos privados: empresários, corporações profissionais, burocracia, políticos.* O que significa dizer que a reforma organizacional proposta pelo SUS não foi suficiente para garantir a sustentabilidade do sistema. Os princípios inovadores que o conformam e o próprio perfil da proposta do sistema coexiste com o caráter conservador que se *expressa na baixa institucionalidade alcançada, entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde.*(OLIVEIRA, 2004).

Dentre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal no cenário nacional encontram-se os fundamentos da transformação do sistema de saúde brasileiro. A Constituição Federal de 1988 definiu a criação do SUS, e estabeleceu como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da atenção à saúde. As diretrizes operacionais que conduzem o SUS podem ser traduzidas como: a Descentralização Político Administrativa, a Regionalização e Hierarquização e, a Participação Social.

O texto constitucional expressa, ainda, uma clara intenção de deslocar o poder do centro para a periferia, tendo como o eixo central a descentralização, reforçando a autonomia municipal e a participação da comunidade. A descentralização político administrativa se refere a não centralização do Sistema em uma única esfera governamental, passando a existir três níveis de governo (nacional, estadual e municipal), cada um com comando único e atribuições próprias. De forma que o município tem a incumbência específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população, e à União e aos estados cabe prover a cooperação técnica e financeira. Importante destacar que os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde, nem sempre acompanhados do aporte de recursos financeiros necessários. Para alguns autores esta descentralização se constitui em uma “descentralização destrutiva”, porque se descentraliza apenas os serviços, e não os financiamentos correspondentes. Soma-se a isto o desmonte das políticas sociais com a privatização dos serviços públicos, com a focalização das ações através de um pacote mínimo que os municípios devem dar conta.

Apesar destes limites, não há como negar que

(...) o processo de descentralização, com todos os problemas e críticas, parece constituir-se em um avanço no caminho do diálogo entre as políticas públicas e a sociedade. A descentralização, em situação de permanente déficit de democracia e de responsabilidade com a gestão pública, embora sob risco de ser encapsulada no circuito do clientelismo/assistencialismo de viés populista, constitui pré-requisito para o fortalecimento da cidadania e do controle social. (BODSTEIN, 2002).

A Regionalização e Hierarquização definem que os serviços de saúde são divididos em níveis de atenção; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, funcionando com uma porta de entrada do sistema, enquanto os outros (nível secundário – atendimento ambulatorial e nível terciário – atendimento hospitalar) devem ser utilizados apenas quando necessário.

Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a eficiência e eficácia dos mesmos. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços oferecidos nos níveis secundário e terciário portanto poderiam ser menos numerosos e sua área de abrangência ser mais ampla, cobrindo a área de vários serviços da atenção primária.

A Participação Social é um direito da sociedade e dever do Poder Público de garantir as condições para essa participação. A Lei Orgânica da Saúde nº. 8.142 que dispõe sobre a participação popular, define que a sociedade deve participar da gestão do sistema através dos Conselhos⁵ de Saúde organizados em cada esfera de governo, e das Conferências⁶ de Saúde. Essas instâncias colegiadas têm funções no campo do planejamento e fiscalização das ações de saúde.

O SUS tem como um de seus objetivos torna-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. Além de promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

A participação do setor privado no SUS ocorre de maneira complementar quando demandado pela insuficiência de serviços públicos, sendo a preferência das entidades filantrópicas. Essa participação se dá através de contratos e convênios entre o SUS e o setor privado. Isto aponta a insuficiência de investimentos na rede pública e conseqüentemente a baixa produtividade dos serviços.

Em que pese estas dificuldades observamos que o SUS representa um avanço na condução das políticas públicas de saúde no Brasil, uma vez que é guiado pelos ideais de universalidade, equidade, integralidade considerando as várias dimensões do processo saúde doença, maior responsabilização do Estado, participação popular na condução das políticas de saúde entre outros.

No entanto, a regulamentação do SUS não representou impactos significativos nas condições de saúde da população já que sua operacionalização ocorre de maneira insatisfatória. O que se verifica na realidade é a adesão da classe média e alta aos planos de saúde, enquanto a população menos favorecida recorre à saúde pública. Desta forma, percebe-se (na prática) uma fragmentação do SUS, contrária à proposta de reforma sanitária brasileira de construção de um sistema de saúde verdadeiramente único, universal e igualitário, onde as necessidades assistenciais, e não a capacidade de pagar define o acesso e utilização dos serviços.

⁵O Conselho de Saúde, órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, sendo que suas decisões requerem a homologação do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

⁶São realizadas a cada quatro anos sendo uma nacional e várias estaduais e municipais. É um momento em que se discute a situação geral de saúde do país e estabelece orientações gerais para os serviços de saúde.

Há que se considerar que a CF88 veio na contramão de um ideário que na década de 1990 ganhou força no Brasil, o neoliberalismo. Tal corrente de pensamento prega a existência de um Estado mínimo para o social e máximo para o capital, isto é, um Estado que privilegia os aspectos econômicos em detrimento dos sociais, sob um discurso da necessidade de reforma do aparelho estatal dada à ineficiência e burocratização dos serviços ofertados por este. Nesse ideário o mercado é o grande regulador da vida em sociedade e o cidadão é um consumidor que busca neste os serviços que precisa.

O que se observa não só nos serviços de saúde, mas também nos serviços sociais necessários a uma vida com dignidade como educação, habitação, transporte, assistência social, dentre outros, e que são resultantes dessa avalanche neoliberal que ocasiona corte de verbas nas políticas sociais com todas as conseqüências oriundas dessa racionalização de gastos. A responsabilidade do Estado, no projeto neoliberal, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

O que se observa é que a institucionalização do SUS acabou por representar, como definem alguns autores, como por exemplo, Mendes (2006) uma “universalização excludente”, já que a expansão da universalização acabou por excluir a classe média e o operariado qualificado que, pela precariedade dos serviços oferecidos, passaram a buscar os serviços de saúde no setor privado. Por outro lado, essa parcela da população que não utiliza diretamente a saúde pública acaba buscando determinados serviços como: campanhas de vacinas, vigilância sanitária e atendimentos de alta complexidade que, na maioria das vezes, não são financiados pelos planos de saúde. Cabe ressaltar que a saúde é universal e um direito do cidadão, portanto este deve recorrer ao Sistema sempre que julgar necessário. Esse cenário mostra as diferentes formas de buscar os serviços públicos de saúde constituindo uma “cidadania regulada pelo mercado” na qual o poder de compra determina a utilização ou não SUS.

Mendes (2006) acredita que o SUS é um processo social em construção, que não se iniciou com a CF88 e nem tem data prevista para terminar e como tal é um processo histórico que tem avanços e retrocessos. Afirma que

o SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso dessa proposta. (...). Reformas sociais, em ambiente democrático são por natureza, lentas e politicamente custosas.

Mudanças rápidas são típicas de regimes autoritários (MENDES, 2006).

O mesmo autor considera que o SUS se constrói em um ambiente complexo, a partir de três dimensões: a política, a ideológica e a tecnológica. A dimensão política é percebida no fato de se constituir em uma arena democrática na qual conflui uma série de interesses diversos. A dimensão ideológica se refere à construção de um novo paradigma de atenção à saúde, deslocando o foco da doença para a saúde. Como se refere a uma mudança paradigmática este é um processo demorado, que não se faz da noite para o dia. E finalmente a dimensão tecnológica significa a necessidade de se produzir conhecimentos e técnicas que atendam aos pressupostos do SUS.

Ainda hoje não se tem proporcionado mudanças significativas na operacionalização da saúde pública e as grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos.

Como uma tentativa de consolidar o SUS, foi aprovado no atual governo o “Pacto pela Saúde 2006”, entendido como um conjunto de reformas focadas na gestão do sistema de saúde, visando melhor eficiência, qualidade das ações implementadas e equidade social. É uma pactuação entre os três entes federados e há a redefinição das responsabilidades de cada gestor de acordo com as necessidades de saúde locais. Possui três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e, Pacto de Gestão do SUS.

O primeiro propõe um conjunto de compromissos prioritários, entre eles: a valorização da atenção primária à saúde, tendo como prioridade o PSF, o combate à doenças endêmicas, a redução da mortalidade infantil e materna e, a saúde do idoso. Deve ser revisto anualmente quanto às prioridades e resultados esperados.

O Pacto em Defesa do SUS visa aproximar a sociedade do mesmo e mobilizá-la, explicitando a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema viabilizador desse direito. Para tanto, entre outras ações, criou-se a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. O Pacto, objetiva regulamentar a EC29 e estabelecer um orçamento para cada esfera de gestão de acordo com as suas responsabilidades, tendo em vista também um incremento dos recursos para o setor saúde.

O terceiro componente define responsabilidades para cada ente federado, fortalecendo a construção compartilhada do SUS. Valoriza a participação popular e

controle social, a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação e gestão do trabalho e da educação na saúde. Os recursos federais da saúde deixam de ser destinados a ações e programas específicos e, passam a ser repassados por meio de cinco blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, possibilitando que os gestores municipais e estaduais possam implementar ações de acordo com a realidade de cada região.

As prioridades do Pacto pela Saúde são: compromisso com os princípios do SUS; a valorização a saúde; fortalecimento da Atenção Primária; articulação intersetorial, fortalecimento do papel dos governos e busca por mais recursos para o setor saúde. Desde a NOB 01/96 a APS vem sendo priorizada, inclusive pela expansão do PSF e pela aprovação da Política Nacional de Atenção Básica de 2006. De fato, a priorização da APS se faz necessária para que se alcance a qualidade e resolutividade que a hierarquização do SUS prevê, com a qualificação de recursos humanos, investimento na participação popular, alocação de recursos e ações diferenciadas de acordo com as características de cada região.

A APS pode ser definida como uma “tendência” de inverter o modelo médico hegemônico de abordagem curativa para um modelo de prevenção e promoção da saúde construído de forma coletiva entre os diferentes profissionais de saúde e articulado a outros níveis de atenção. Funciona como porta de entrada do sistema cujo enfoque é direcionado à pessoa e não à doença. Propõe uma atenção integral e contínua sem discriminação visando proteger, restaurar e reabilitar a saúde de indivíduos, famílias e coletividades sendo organizado junto à comunidade. A APS não é um nível de atenção independente e nem uma forma de fornecer serviços precários de “pobre para pobre”. Os problemas sanitários não são exclusivamente sua responsabilidade.

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. A implantação do SUS não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estaduais e municipais – não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida.

Este sistema de saúde se organiza sob a lógica da hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, partindo do nível básico de atenção para os níveis

de maior complexidade, com o objetivo de facilitar o acesso imediato aos serviços em todos os níveis.

(...) a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, ou seja, que atenda à população coberta ou não pela previdência social. Internacionalmente legitimada pela Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), postula-se o combate à dicotomia das ações de saúde, técnica e institucionalmente, através formação de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados de acordo com sua complexidade tecnológica e da unificação das ações a nível ministerial.

Torna-se estratégica, nesta concepção, uma rede básica de saúde que funcione como porta de entrada de um sistema mais amplo e que obedeça à hierarquia tecnológica da assistência à saúde, classificada em primária, secundária e terciária. Neste esquema, os insumos e equipamentos correspondem a padrões quantificáveis de abrangência e resolutividade dos problemas de saúde. As instituições que detivessem maior grau de complexidade tecnológica passariam, então, a constituir as retaguardas que completam a resolução dos problemas de saúde. Esta estratégia visa a organização de uma rede de atenção primária pelos estados e municípios como um primeiro passo para o controle do sistema de saúde como um todo. (MERHY & QUEIROZ, 1993).

A hierarquização dos serviços segundo sua complexidade nos diferentes níveis de atenção, são classificados em primário, secundário e terciário, em função da incorporação tecnológica em cada nível, partindo do mais básico ao mais complexo, uma definição que é discutida por alguns autores, que consideram que em todos os níveis são necessárias tecnologias complexas, de diferentes ordens, mas necessárias a produção do cuidado integral.

Com base nos princípios da hierarquização, o Ministério da Saúde caracteriza o nível primário como sendo a porta de entrada ao sistema de saúde. Nele estão alocados os Postos de Saúde, Centros de Saúde e Unidades de Emergências que, através de suas representações são responsáveis pelo atendimento básico, devendo atender de forma imediata, sem burocracia e com maior resolutividade possível os que buscam a unidade, cabendo-lhes ainda, quando necessário, o papel de orientar e encaminhar seus usuários para o acompanhamento nos demais níveis de atenção do sistema. (Brasil, 1990)

O nível secundário é caracterizado pelos ambulatórios especializados, cuja clientela seletiva já foi referida pelos postos e centros de saúde ambulatoriais, para os

quais devem retornar, com a devida contra-referência, após a realização da consulta especializada ou tratamento.

No nível terciário, os cuidados são prestados em hospitais gerais ou centros médicos, sendo caracterizado pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de internação e urgência. (Brasil, 1990).

De acordo com a resolução nº 03 Ciplan, de 285/03/81, a referência é o ato formal de encaminhamento de um usuário atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutiva no local onde o usuário foi atendido. A mesma resolução estabelece que a contra-referência é o ato formal de encaminhamento de um usuário ao estabelecimento de origem (que o referiu) após a resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao acompanhamento do usuário pelos profissionais do estabelecimento de origem.

Considera-se o sistema de referência e contra-referência um dos pontos fundamentais para a viabilização do SUS e como determinante da integralidade na produção do cuidado em saúde. Conforme Juliane e Ciampone (1999) a referência e contra-referência está intimamente ligada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. Enfatizam que as condições 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 diferentes classes sociais. No entanto, uma política de saúde que estabelece um Sistema Único de Saúde universal e igualitário, precisa gerar esforços que garantam o funcionamento adequado e articulado das unidades prestadoras de serviços de saúde, dando respostas efetivas as necessidades de saúde da população em nível local. Assim, através da melhoria das condições de vida, seria possível obter a melhora no perfil de saúde e o sistema local de saúde teria uma maior resolutividade.

Para a efetivação deste sistema, é necessário que o registro da histórica clínica do usuário e de sua família, bem como o estabelecimento de um canal de comunicação eficaz entre os diversos estabelecimentos e profissionais de saúde, buscando neste espaço de articulação entre os serviços, a fim de propiciar o atendimento integral e de qualidade aos usuários do sistema de saúde.

De acordo com Merhy (2006), a integralidade deve ocorrer a partir da articulação de todos os níveis de atenção do sistema de saúde, ofertando ações que cubram as necessidades dos usuários dos serviços.

Para este estudo importa que exista uma ligação direta entre os sentidos e possibilidades da integralidade a prática dos serviços e articulações em rede, para uma melhor qualidade do atendimento aos usuários do sistema.

Neste sentido, as práticas do cotidiano dos sujeitos nos serviços de saúde ao aqui, *lócus* privilegiado de estudo, posto que é “no plano das práticas que se dá a construção da integralidade, seja na formulação e gestão de políticas de saúde, seja nas relações que se estabelecem entre o usuário e profissional, e destes com os serviços” (PINHEIRO & MATTOS, 2005).

Os conceitos de referência e contra-referência em saúde, apesar de constituir uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que refere à efetivação e divulgação de experiências, exitosas ou não.

O que implica dizer que a busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento de processos de referência e contra-referência pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade; mas é evidente também que as experiências para viabilizar este modelo técnico-assistencial ainda são muito isoladas e frágeis, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas municipais.

Para Pinheiro e Guizardi (2005) a integralidade está voltada para várias concepções e sentidos, porém, sua base está no reconhecimento de diferentes visões de mundo onde se podem identificar os “modos de andar a vida” das pessoas, utilizando o cuidado como campo privilegiado de sua ação. Nesta perspectiva, se faz necessário assegurar aos indivíduos a atenção à saúde, independente do nível de atenção em que eles se encontram.

O que ocorre em muitas situações é que a referência de que o usuário necessita é um atendimento ambulatorial, a formação do vínculo com o serviço ou profissional, que atenda suas necessidades atuais. Para Cecílio (2006), “é preciso pensar o sistema de saúde menos como uma pirâmide de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede, com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção, as representações e necessidades individuais são muito importantes.”.

Partindo desta abordagem cabe ressaltar o quanto se faz necessário que os profissionais de saúde construam novas formas de trabalho, para que surjam a partir daí,

práticas mais efetivas acerca da inclusão dos usuários nas políticas de saúde. Nesta construção da integralidade, os serviços de referência e contra-referência tem um papel importante, pois possibilitam consolidar a continuidade da assistência, priorizando uma melhor qualidade de vida ao usuário e também a sua família.

A integralidade no cuidado é tarefa de rede, como afirmam Cecílio e Merhy (2005), assim, todos os serviços deverão ter uma postura mais ativa na construção dos fluxos institucionais, onde serão necessários processos de negociação entre os gestores do sistema de saúde. E que também é possível adotar uma definição ampliada sobre a integralidade a partir das necessidades de saúde da população, à medida em que ela precisa ser trabalhada em várias dimensões para ser alcançada de forma mais completa possível. Nesta lógica de entendimento,

(...) assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, pode ser definida como o esforço da equipe de saúde, de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. (CECÍLIO, 2006).

O autor destaca ainda que a integralidade ampliada deve ser esta relação articulada complementar e dialética, entre o cuidado de cada profissional, da equipe e da rede de serviços de saúde, onde não é possível um trabalhar sem o outro.

Assim, compreender a integralidade como uma construção contínua e que é justamente neste espaço de interação entre os diversos atores envolvidos, que residem os limites e possibilidades de garantir o princípio da integralidade, e mais do que isso, é

(...) perceber nesse nexa a existência não somente de limites estruturais inerentes às instituições de saúde, mas identificar as possibilidades de se construir um agir em saúde, capaz de renovar e recriar novas práticas de saúde a partir da inclusão de diferentes conhecimentos, frutos de uma mesma interação, que é construída na relação entre usuário, profissional de saúde e gestor (PINHEIRO, 2006).

Para Hortale (2004) o termo integralidade tem sido utilizado sob diversos matizes, como: articulação entre níveis de atenção à saúde, integração entre os setores públicos e privados, como importante diretriz na gestão dos serviços, e ainda como proposta de modelo de atenção à saúde. A busca de mecanismos facilitadores para o estabelecimento de processo de referência e contra-referência, pode ser considerada fundamental para a concretização da integralidade. Mas é evidente também que as

experiências para viabilizar este modelo tecno-assistencial ainda são muito isoladas e frágeis, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas municipais.

Para que ocorra a efetivação do princípio da integralidade nos serviços de saúde, é necessário que se estabeleça uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema, possibilitando que o usuário seja assistido integralmente, considerando seu histórico de saúde. Esta comunicação entre os serviços possibilitaria a troca de informações sobre as condições de vida e saúde dos usuários, os cuidados prestados e os necessários a continuidade do tratamento. Esta comunicação também pode ser considerada uma forma de capacitação em serviço dos profissionais, na medida em que as informações qualificam os profissionais que as utilizam, possibilitando a eficiência e a eficácia no atendimento às demandas de saúde da população.

Nos documentos pesquisados, há poucas definições claras em relação a referência e contra-referência. Nos dicionários consta o significado de referência como sendo "(...) ato ou efeito de referir. O que se refere". A contra-referência, portanto, pode ser entendida como ato de redirecionar, reencaminhar.

(...) essa "referência", porém, consiste de uma comunicação nos dois sentidos, como vimos, ou "contra-referência", o que implica numa interação dinâmica entre os diferentes níveis dos sistemas "compreensivos" de saúde. Assim devem existir normas e procedimentos claros de quem, por que, como e quando a referência e a contra-referência devem ser utilizadas. Para que isto ocorra, cada serviço de saúde precisa ter total conhecimento sobre os estabelecimentos disponíveis e sua competência apropriada, nos diferentes níveis dentro de uma determinada área de captação. (OMS, 1985b *apud* NOVAES, 2000).

CAPÍTULO VI
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, que analisou o acesso à saúde através do sistema de referência e contra-referência no município de Juiz de Fora, abordando as dimensões de disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação funcional, fundamentado na perspectiva do processo de consolidação do princípio da integralidade no cuidado nos três níveis de atenção à saúde, procuro apontar algumas considerações, as quais espero que possam contribuir para produção do cuidado no município, e ainda que possibilitem gerar, a partir das lacunas existentes neste trabalho, novos estudos e principalmente oferecer subsídios para acompanhar a sistematização contínua do conceito de referência e contra-referência no setor público, essencial para assegurar a resolutividade do SUS.

O interesse em estabelecer mecanismos facilitadores do processo de referência e contra-referência é fundamental para a concretização do princípio da integralidade. A partir deste estudo ficou evidente também que as experiências para viabilizar o modelo técnico-assistencial centrado na Integralidade abarcando a política de saúde e o processo de trabalho ainda são isoladas e frágeis, não permitindo generalizações, apenas algumas reflexões necessárias para ampliar a qualidade do serviço público.

O processo de R e CR para atender a resolutividade do SUS precisa ser redimensionado a partir do que se considera a relação dos serviços de saúde em rede. A conceituação de atenção primária, secundária e terciária, tão cara nos documentos de Alma Ata, ao longo dos últimos anos começou a ser reconceituada considerando a evolução da política de saúde. Para tanto se utiliza a denominação primária, média e alta complexidade no sentido da formação efetiva de uma rede onde o usuário possa ter o acesso assegurado de acordo com sua necessidade em qualquer dos níveis do sistema, sem o aprisionamento anterior que afirmava que a atenção primária é a primeira e única porta do sistema. Esta denominação abrange o compromisso de ampliar o sistema, ordenando o fluxo de modo a favorecer o direito do usuário ao acesso aos cuidados de que necessita.

A rede que atinge os três níveis de complexidade do sistema deve passar por um processo efetivo de relação onde se estabeleça a sistematização de um diálogo entre os níveis, com registros ágeis e completos, para que não haja estrangulamento, e que o usuário não se sinta perdido dentro do sistema e ainda que os dados de exames e procedimentos transitem de forma completa, de modo a beneficiar os usuários ampliando o acesso e a rede de serviços, com retorno efetivo da informação tanto para a produção do cuidado, quanto para a qualificação da atenção à saúde.

A crítica ao modelo de assistência ancorado numa pirâmide *com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processos articulados de referência e contra-referência*, se faz em razão de entender que o sistema de saúde da forma como foi inicialmente concebido, tem uma forma extremamente rígida, e não leva em consideração importantes aspectos subjetivos tais como vínculo do usuário com serviço ou profissional de saúde, empatia, disponibilidade e portanto precisa ser remodelado, e essa orientação tem que ser mais aberta, mais permissiva. Como apontado por Mehry, é preciso superar o modelo hierarquizado vigente e aportar num sistema de saúde que funcione de maneira circular *organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada*.

Desta forma, é necessário garantir que a R e CR sejam sustentadas em protocolos mínimos para os três níveis de complexidade (primária, média e alta) que assegurem a resolatividade da rede de serviço de saúde. Isto porque a desarticulação dos serviços de saúde, sem uma regionalização adequada e uma hierarquização efetiva acarreta problemas na circulação e fluxo da população por diversos locais e níveis de atendimento à saúde que precisam ser equacionados, para suplantar o desconforto do usuário em vagar pelo sistema de saúde, sem uma direção segura.

Dentre os aspectos abordados no estudo, um se destacou como elemento crítico para a efetividade da R e CR, que são os recursos humanos. Existe a unanimidade na avaliação dos entrevistados de que os recursos humanos constituem problemática importante no que tange a concretização da R e CR. Na percepção destes, há uma tensão entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, justificadas pela sobrecarga de trabalho, mas também relacionadas com a cultura institucional e formação profissional. Para uma melhor compreensão, apresento estes aspectos separadamente, mas esta é uma opção didática, uma vez que estes estão intrinsecamente relacionados.

No que tange a formação profissional, *o desafio de propor a mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade nos mostrou que é possível formular uma política de saúde específica para a formação*. O perfil de formação destes profissionais, sua capacidade de oferecer atenção integral torna-se fundamental para a conquista da integralidade na atenção à saúde.

Isto porque *a integralidade da atenção, então, deve informar o campo das práticas e o de uma formação que dê possibilidade a essas práticas. Fecha-se um roteiro em que*

cada diretriz deveria interrogar as demais em busca da unicidade do sistema, sem postergar responsabilidades. De forma que o Estado tem o dever de estabelecer como atribuição do sistema educacional nacional a garantia dos padrões de qualidade do ensino, sua vinculação entre formação, trabalho e as práticas sociais, integrando as ações do poder público que conduzam à melhoria da qualidade do ensino, à formação para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica do país. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Este debate não é novo, e vem ganhando força à medida que novos conceitos e práticas ganham vigência. *Na área do ensino, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais foram um importante passo para assinalar, como política, a necessidade de produzir mudanças no processo de formação, já que indicam um caminho, flexibilizam as regras para a organização de cursos e favorecem a construção de maiores compromissos da universidade com o SUS. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).*

Os problemas no acesso, decorrentes do quantitativo insuficiente de recursos humanos e as dificuldades na referência, determinam uma situação que este estudo identifica como das mais relevantes. A barreira do acesso pode vir a dificultar o trabalho dos profissionais de saúde, impedindo a realização de atividades extremamente importantes para a integralidade do cuidado, porém de menor complexidade, por uma sobrecarga de trabalho, que acarreta na falta de tempo (como por exemplo, atividades educativas, visitas domiciliares). E ainda, havendo problemas na referência para especialidades, o mais complexo toma-se também difícil e a qualidade prejudicada. Portanto a insuficiência de recursos humanos se constitui numa barreira ao acesso dos usuários as ações e serviços dos quais necessita, uma vez que *a demanda apresentada aos serviços sempre supera a capacidade de atendimento destes, contribuindo para a demora no atendimento e prejuízos para os usuários.*

O encaminhamento desta questão dependerá da capacidade de gestão, porém não será suficiente o simples aumento do quadro de pessoal, mas investir na qualificação deste quadro, preparando estes profissionais para trabalhar em rede, estabelecendo um fluxo de repasse de informações, de diálogo entre eles, e ainda com competência para utilização dos sistemas de informação tão necessários para a qualidade da atenção. Tão importante quanto o estabelecimento destas rotinas, é a aplicação de uma política de gestão que tenha a informação em saúde como instrumento de trabalho e, portanto, exija a qualidade nas informações prestadas e a garantia de que elas cheguem a quem necessite. Questão de insatisfação reiterada pelos profissionais de saúde da atenção

primária sobre a insuficiente realização da contra-referência por parte dos profissionais da média e alta complexidade. Assim é preciso que o formulário de referência estabelecido como protocolo para a referência e contra-referência dos usuários aos diferentes níveis de atenção, cumpra seja sua função objetiva, que é subsidiar o atendimento, e seja obrigatório, não somente por força da burocracia, mas pela compreensão por parte dos profissionais, de sua função na produção do cuidado e na qualificação dos profissionais.

Desta forma é fundamental que se estabeleçam canais efetivos de comunicação entre profissionais da atenção primária e especialistas e também com os serviços de pronto-atendimento e emergência. Os profissionais destes serviços têm formação, concepções e experiências distintas e estabelecer melhor comunicação exige também a ampliação da confiança dos profissionais da atenção secundária nos profissionais de atenção primária, na medida em que o especialista promove o retorno do paciente ao serviço de atenção primária. A troca de informações entre profissionais é essencial para que o generalista da atenção primária possa exercer sua função de coordenador dos cuidados ao paciente.

Através da pesquisa e principalmente por minha experiência empírica, foi possível identificar que frequentemente ocorre a repetição de exames já realizados e que a contra-referência raramente é enviada ao serviço de origem. Estes fatos denotam desconfiança por parte dos usuários nos serviços básicos, além da duplicação de trabalho e custos que sobrecarregam financeiramente o sistema de saúde, implicando em submeter os usuários a procedimentos e riscos desnecessários, retardando o tratamento, como por exemplo, um caso grave que necessita de rapidez no atendimento, que volta para a triagem. Esses fatos nos fazem refletir sobre a finalidade do sistema de R CR, indicando por vezes o papel de dificultar ou diminuir o acesso ao serviço, dada a grande demanda, o que se verifica em algumas consultas especializadas.

Um melhor aparelhamento do nível médio causaria um impacto na expansão da cobertura de exames laboratoriais e de imagem de rotina, com o aumento da resolubilidade deste nível de atenção, desafogando os serviços de urgência e emergência, além de possibilitar uma agilidade nos encaminhamento e diagnósticos da atenção primária, que teria seus encaminhamentos garantidos e, portanto suas solicitações mais prontamente atendidas.

Considero que se a atenção média for mais qualificada, ela poderá ser um ponto importante para a produção do cuidado e também para a capacitação em serviço dos

profissionais da atenção primária, e o estabelecimento deste fluxo de informações, de diálogo entre os profissionais, através de um sistema de referência e contra-referência realmente efetivo.

Um ponto importante desvelado no estudo é a divergência na percepção dos usuários e dos profissionais de saúde sobre o sucesso e agilidade dos encaminhamentos. Para os primeiros eles dependem em grande parte, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, para os segundos, do fluxo sistematizado entre os níveis de complexidade, indicando que as vias normais de acesso funcionam satisfatoriamente. A barreira de acesso neste caso é estabelecida pela insuficiência de consultas médicas em determinadas especialidades, que como apontadas pelos profissionais e pelos usuários, são difíceis de conseguir agendamento.

Mesmo com a central de marcação de consultas em funcionamento, existem dificuldades de acesso aos serviços de média complexidade, condicionadas pela insuficiência de oferta em certas especialidades e exames. As vagas tornam-se disponíveis na rede e logo são preenchidas. Para obter-se vaga, freqüentemente, são necessárias diversas tentativas em horários e dias diferentes, ou ainda, recorrer a outras estratégias, como a intervenção direta de um profissional de saúde. Este recurso não é consenso entre os profissionais, mas fica claro através do relato de todos que não é esse o caminho que deve ser percorrido, e reforça a importância que se estabeleçam vínculos entre os serviços, que se formem redes fortalecidas de interlocução entre estes profissionais, como sinalizado por alguns relatos, que apresentaram a experiência exitosa de interlocução entre as UBS e os serviços de atenção a Saúde Mental e Clínica da Mulher.

Através da pesquisa foi possível identificar algumas estratégias implementadas para melhorar a referência e a integração do sistema, tais como: a definição de protocolos clínicos com o estabelecimento de fluxos e definição de responsabilidades; a definição de serviços/profissionais específicos de referência para cada ESF, a participação dos especialistas na capacitação das ESF; e a implementação das equipes multiprofissionais de referência, que acompanhariam os usuários no fluxo dentro do sistema. Mas ainda em estágio embrionário, muito ainda precisa ser amadurecido.

Em sua grande maioria, a informação que retorna a UBS depende do relato do usuário, ou do interesse dele em retornar ao serviço da UBS com uma nova demanda, ou ainda para a continuidade do cuidado. O risco que se corre é que não sendo esta informação sistematizada, o usuário pode utilizá-la da forma que lhe convier, atendendo

ao seu interesse pessoal, manipulando o sistema, o que em muitos casos provoca o efeito contrário ao esperado por ele (usuário). Por não existir um controle pelas unidades de atenção primária do encaminhamento dos usuários aos serviços da média e alta complexidade pela atenção primária, fica comprometido o sistemático acompanhamento deste usuário no sistema de saúde, bem como o seu retorno a unidade de origem.

Neste tema existem muitas expectativas em relação ao funcionamento do sistema de R e CR como a esperança de informatização dos prontuários dos usuários. A existência do prontuário eletrônico possibilitará uma melhor comunicação entre os níveis de atenção, e em conseqüência o funcionamento da contra-referência que propiciaria o retorno a Unidade de origem. Com isso, há a expectativa de continuidade do atendimento e maior integração entre as Unidades Básicas, laboratórios e hospitais. Então, a informatização da rede, poderá facilitar o processo de R e CR, uma vez que permitirá uma melhor comunicação entre os serviços, com garantia de resguardo da informação produzida no cuidado e acesso a mesma por todos os profissionais que dela necessitam para a continuidade deste cuidado.

É possível vislumbrar um caminho com possibilidades reais de implantação de um sistema de referência e contra-referência no município estudado, especialmente impulsionado pela implementação do Prontuário Eletrônico, com a consolidação de um Sistema de Informação em Saúde que promova o diálogo entre os serviços, fazendo com que os mesmos funcionem de forma coesa e articulada.

Mas é preciso capacitar estes profissionais para utilizar este sistema de informações, para que os dados ali inseridos tenham confiabilidade, ou seja, retratem a realidade do serviço e que sejam disponibilizados tanto para os profissionais quanto para os próprios usuários, para possam acessar as informações do prontuário eletrônico. A qualidade deste sistema de informação e a capacitação dos usuários deste sistema é primordial, sem os quais a informatização talvez não seja suficiente para responder as necessidades do sistema desejado.

Não obstante a isso, é preciso ir além da expectativa da informatização, acredito ser necessário garantir de imediato que haja um efetivo registro manual desta informação, para que esta não se perca, uma vez que não se tem garantia da rapidez na implantação e eficiência deste sistema de informação informatizado e acessível a todos os profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Muito há a ser estudado, investigado e analisado. A parca literatura identificada mostra a precariedade, tanto da discussão sobre os conceitos quanto da experimentação

e testagem de modelos e esta pesquisa inicial tem por objetivo destacar estas as considerações vindas da experiência profissional e identificadas no decorrer do trabalho de campo, que espero possam ser objeto de novos estudos, e que possam contribuir para o aprimoramento do sistema, tornando-o mais efetivo, resolutivo, atendendo de forma integral as necessidades da população usuária dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. O Método nas Ciências Naturais e Sociais – Pesquisa Quantitativa e Qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

BAUMGRATZ, Patrícia Aparecida de Paula. Acesso ao Medicamento: direito ou privilégio? dissertação de Mestrado defendida em março de 2008 - Mestrado em Serviço Social –UFJF.

BRAVO, Maria I. Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas Sociais e Práticas.**Cortez, 1996.

_____.**A Política de Saúde no Brasil: Trajetória Histórica**, 1999.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 7(3), 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS. Brasília, 1994.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Série Pactos pela Saúde 2006 V. 4,5 e 7, Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México*. Brasília, DF, 2001. 54 p.

BRASIL, Congresso Nacional. Constituição Federal. Brasília: Diário Oficial da União, 05 de outubro de 1988.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS; 2003.

BRESSER, P. L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. In: BRESSER, P. L.C.; SPINK, P. (Org.). Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

BROCKMEIER, Jens; HARRE, Rom. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 16, n. 3, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 Abr 2008. doi: 10.1590/S0102-79722003000300011.

CAMPOS, F.E. Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. Tese de Doutorado apresentado a ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1988.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 Set 2006. doi: 10.1590/S1413-81232003000200018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CANESQUI, Ana Maria. (Org). Ciências Sociais e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Hucitec; Abrasco, 1997.

CARDOSO, Fernando. Reforma do estado. In: BRESSER, P. L. C.; SPINK, P. (Org.) Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

CARVALHO, I. G; SANTOS, L; Sistema único de saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde(Leis 8.080/90 e 8.142/90). São Paulo: Hucitec, 1995.

CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. Texto apresentado no Congresso de Calass, em outubro de 2007.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CECCIM, R. B. Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 373-414.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Dez. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500036.

_____ O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, June 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Set. 2009. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004.

CHIZZOTTI, Antonio. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis: Ed. Vozes, 2006.

_____. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL. In: Coletânea de Leis. CRESS/MG. Gestão 2005/2008.

COHN,A; JACOBI, R. E; KARSCH, S. U; NUNES, E. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). A saúde na opinião dos brasileiros/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2003. 244p. [acesso em 2008 Out 19]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/>.

COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. In: Praia Vermelha, Revista do Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social/UFRJ, Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

CZERESNIA, D; FREITAS, M. C. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

DALLARI, G. Sueli. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____.O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. In: Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.25, n.5, p.401 – 405, 1991.

_____.O direito à saúde. In: Revista de Saúde Pública. São Paulo, v..22, n.1, p. 1988.

DEMO, Pedro. Metodologia Científica em Ciências Sociais. 3.ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1995.

FAVARET, P.F. e Oliveira, P.J. A Universalização Excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde. Revista Planejamento e Políticas Públicas, nº 3 (139-161), IPEA. Rio de Janeiro, junho/1990.

FLEURY, S.; GIOVANELLA, L. Universalidade da atenção á saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GAWRYSZEWSKI, Virginia. Reorganização dos serviços de saúde: algumas considerações acerca da relação entre a descentralização, autonomia local e a participação do cidadão. Cad. Saúde Pública v.9 n.2 Rio de Janeiro abril/jun. 1993.

GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs). Textos em Representações Sociais. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

GUERRERO, W. J., VELASCO, N., AMAYA, C.A. Modelos de optimización para el manejo eficiente de pacientes en el sistema integral de referencia y contra-referencia en situaciones normales y de excepción. Los cuadernos de PYLO-Logística Hospitalaria-Universidad de los Andes,2007.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. Metodologias Qualitativas na Sociologia. 10.ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2005.

HORTALE, Virgínia; PEDROSA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad. Saúde Pública v.16 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2000.

HARTZ, Zulmira M.A, (Org). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática da implantação de programas. Editora FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Zulmira M.A. SILVA, Ligia Maria V. (Org.). Avaliação em Saúde – Dos Modelos Teóricos a Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Editora FIOCRUZ, 2005.

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

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, Gerência de Promoção da Vida, Departamento de Atenção Primária. **Programa de Expansão da Saúde da Família**. Juiz de Fora, 2003. 100p.

KOSIK, Karel. *Dialética do Concreto*. 5.ed. São Paulo: Editora Paz e Terra S/A, 1989.

LEFÈVRE, Fernando. A oferta e a procura de saúde através do medicamento: proposta de um campo de um campo de pesquisa. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: v.21, n.1, fev. 1987.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Reforma Sanitária e Reorganização do Sistema de Serviços de Saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços*. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, maio de 2000.

LIBERTAS: *Revista do Serviço Social*. Juiz de Fora: UFJF, v.1, n. 2, jul- dez.2001.

LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. A NARRATIVA NA PESQUISA SOCIAL EM SAÚDE: PERSPECTIVA E MÉTODO. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, ano/vol. 16, nº 1-2. Fortaleza, 2003. Acessado em http://www.unifor.br/hp/revista_saude/v16/artigo10.pdf.

MATTOS, R. A., 2001. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. A. Mattos & R. Pinheiro, org.), pp.39-64, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.

MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, Apr. 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100002&lng=en&nrm=iso)&lng=en&nrm=iso>. access on 16 May 2009. doi: 10.1590/S0104-12902004000100002.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário: O processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994. p. 19-91.

MERHY, E. E; JÚNIOR, M. M. H; RIMOLI, J; FRANCO B. T; BUENO, S. W. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004.

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.

MENEGHEL, Stela Nazareth; FARINA, Olga; RAMÃO, Silvia Regina. Histórias de resistência de mulheres negras. Rev. Estud. Fem. vol.13 no.3 Florianópolis Sept./Dec. 2005.

MINAYO, Maria Cecilia de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 1993.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1998.

_____; C. Ary; (Org.). Saúde e Ambiente Sustentável. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

NETO, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 15, n. 3, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Abr 2008. doi: 10.1590/S0104-07072006000300006

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34(5):547-549, 2000.

NUNES, E. D., A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva. In: CANESQUI, A. M. (ORG.), *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. Hucitec-Abrasco, São Paulo – Rio de Janeiro, 1995.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública* v.20 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2004.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de. *Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial: uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora / Lúcio Henrique de Oliveira*. – 2004. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

PAIVA, Marcelia Guimarães. *Acesso e regionalização em saúde: análise de um serviço ambulatorial de média complexidade*. Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva pela UFJF, 2008.

PESSOTO, Umberto Catarino; HEIMANN, Luiza Sterman; BOARETTO Roberta Cristina(orgs). *Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo*. *Ciência & Saúde coletiva* vol.12 no.2 Rio de Janeiro.

PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. A integralidade na atenção à saúde da população. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200010](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Abr 2008. doi: 10.1590/S1413-81232007000200010

PRADO, Sônia Regina Leite de Almeida; FUJIMORI, Elizabeth; CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a

partir da saúde da criança. Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 16, n. 3, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Abr 2008. doi: 10.1590/S0104-07072007000300004

PRATS, Isidoro Páez; ABRINES, José Rodrigues. Vinculación Hospital-areas de salud. Un enfoque práctico. Rev. Cubana Medicina General Integral vol 13 no2. Ciudad de La Habana, 1997.

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 Jan-Fev; 19 (1): 27-34.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. Estud. psicol. (Natal) v.11 n.1 Natal jan./abr. 2006.

SÁ, Celso Pereira de. A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

SANTOS, G. Wanderley. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SANTOS, B. S., Um discurso sobre as ciências. Edições Afrontamento, 9a.ed., Porto,1997.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10:423-32. Acessado em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13352.pdf>

SOUZA, M. Fátima de (Org.). Os Sinais Vermelhos do PSF. São Paulo: Editora HUCITEC, 2002.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000100010.

SOBERATZ, Félix J. Sansó; ONEGA, Cristina Valdivia; RODRIGUEZ, Alcidez Lorenzo. Propuesta de modelo para la transferencia de pacientes em el sistema de salud cubano REV Cubana Medicina General Integral Vol 19 n1,ene-fev, 2003.

SOBERATZ, Félix J. Sansó. La referencia y la contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital REV Cubana Medicina General Integral Vol 18 n 3 -mayo -junho 2002.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STEPHAN-SOUZA, I. Auta. O acesso na dimensão da universalidade e excludência: um estudo das demandas dos usuários do Hospital Universitário HU/UFJF. In:

TRAVASSOS, Cláudia. Equity in the Brazilian Health Care System: a contribution for debate. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997 .

_____ ; Martins, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública v.20 supl.2 Rio de Janeiro 2004.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO ,Márcia C.R. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não-mercantil da assistência. In Proteção Social: dilemas e desafios, Ed. Hucitec, São Paulo, 2005.

WILKEN, Paulo Roberto Coelho. **Política de Saúde no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS): Uma realidade em Construção.** HP Comunicação Editora. 1ª edição- Rio de Janeiro, maio de 2005.

ANEXOS

ANEXO 01

Roteiro de Entrevista

Identificação do entrevistado (unidade, categoria profissional, especialização, tempo de trabalho na unidade)

Identificação do entrevistador

01 – Como está organizado o atendimento na unidade?

02 – Como são identificadas as necessidades de saúde da população atendida pela unidade?

03 – Existe um fluxo/protocolo estabelecido para o encaminhamento de usuários para a rede de serviços de saúde? Especificar: nível secundário, terciário e PA.

04 – Você saberia identificar quais as dificuldades existentes neste fluxo?

05 - Ao encaminhar um usuário para outro serviço, você utiliza este fluxo?

06 – Você utiliza alguma outra forma de encaminhamento, que possa garantir o atendimento ao usuário? Qual?

07 – No cuidado ao hipertenso, qual é o serviço especializado de referência? E quais os serviços mais utilizados?

08 – Em casos agudos, qual é o procedimento?

09 – Quando existe uma situação onde é necessária a interlocução com outras políticas públicas, como é feita esta articulação? Existem fluxos estabelecidos?

10 – É feito algum registro dos usuários que são encaminhados para outros serviços? Como é feito este registro?

11 - Todo paciente encaminhado é atendido?

12 – e todos retornam? E como é este retorno? (eles são contra-referenciados?).

13 – Na sua opinião, o que leva o profissional a não contra-referenciar o usuário? E qual o impacto disto na produção do cuidado pela USF?

ANEXO 02**Termo de Compromisso Livre e Esclarecido**

Eu _____,
 residente à Rua _____,
 RG nº _____ telefone de contato _____,
 concordo em participar da Pesquisa intitulada “Análise do sistema de referência e contra-referência nos níveis de complexidade de atenção a saúde no Município de Juiz de Fora: o desafio de integrar os serviços.” Esta pesquisa tem por objetivo analisar o acesso em saúde através do sistema de referência e contra-referência no município de Juiz de Fora, considerando as dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação funcional, fundamentado na perspectiva do processo de consolidação do princípio da integralidade no cuidado nos três níveis de atenção à saúde.

O instrumento de coleta de dados será um formulário contendo questões abertas. As entrevistas direcionadas aos trabalhadores e aos usuários, buscarão captar informações sobre a referência e a contra-referência de usuários do Sistema Único de Saúde nos níveis de atenção à saúde, no município de Juiz de Fora.

Declaro que o pesquisador me explicou e que compreendi as informações que me foram transmitidas de forma clara, e que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Fui informado (a) que esta pesquisa poderá ser publicada futuramente e, caso isto ocorra, minha identidade será preservada. A desistência de participar da pesquisa não implicará em nenhum dano para o entrevistado (a).

A pesquisa será realizada nas dependências das Unidades de Saúde selecionadas ou em local previamente acordado com os participantes. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente transcritas. Após as transcrições, os arquivos serão inutilizados e o material transcrito será desprezado após a análise dos dados coletados. As despesas referentes à realização da pesquisa ficam a cargo do pesquisador.

Este termo foi elaborado em duas vias: uma destinada ao entrevistado e outra ao pesquisador.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2008.

 Assinatura do Entrevistado

 Assinatura do Pesquisador

Qualquer dúvida entrar em contato:

Pesquisadora: Patrícia Rodrigues de Almeida Leal

End. Campus Universitário, s/n. Telefone: 2102-3567 e 8845-7063.