



Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Curso de Especialização em Gestão da Saúde



**ANA RAFAELA MAIA DE ALENCAR
ERIKA ALMEIDA CHAVES
ISABEL CRISTINA LIMA MONTEIRO
JAQUELINE BRITO SILVA
LEILIANE DE LIMA MARTINS**

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM UMA POLICLÍNICA:
PERSPECTIVAS DE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

ORIENTADORA: Profª Drª Leilane Barbosa de Sousa

LIMOEIRO DO NORTE
2014

Referência e contrarreferência em uma policlínica: perspectivas de pacientes e profissionais de saúde

Reference and contrarreferência in a general hospital: perspectives of patients and professionals of health

Ana Rafaela Maia de Alencar¹, Erika Almeida Chaves², Isabel Cristina Lima Monteiro³, Jaqueline Brito Silva⁴, Leiliane de Lima Martins⁵, Leilane Barbosa de Sousa⁶

RESUMO: Objetivou-se analisar o sistema de referência e contrarreferência em uma policlínica sob a perspectiva de usuários e profissionais de saúde. Trata-se de pesquisa descritiva realizada em uma policlínica por meio da aplicação de questionários com quinze pacientes e onze profissionais de saúde. Os depoimentos foram submetidos à análise de conteúdo. Verificou-se que não há orientação adequada na atenção primária acerca do processo de referência, há ineficiência na central de marcação de consultas e os serviços de saúde municipais não sistematizam o fluxo de pacientes. Observou-se necessidade de aprimoramento no protocolo de encaminhamento do paciente da atenção primária para atenção secundária.

PALAVRAS-CHAVE: Integralidade em Saúde, Referência e Consulta, Humanização da Assistência.

ABSTRACT: The system of reference aimed to analyse and contrarreferência in a general hospital under the perspective of users and professionals of health. It the question is descriptive inquiry carried out in a general hospital through the application of questionnaires with fifteen patients and eleven professionals of health. The testimonies were subjected to the analysis of content. One checked that there is no direction adapted in the primary attention about the process of reference, there is inefficiency in the central office of marking of consultations and the municipal services of health do not systematize the flow of patients. Necessity was observed of aprimoramento in the protocol of direction of the patient of the primary attention for secondary attention.

KEYWORDS: Integrality in Health, Referral and Consultation, Humanization of Assistance.

Conflito de interesse: declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

¹ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Especialização em Gestão em Saúde. Limoeiro do Norte (CE), Brasil. E-mail: anarafaalencar@hotmail.com

² Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Especialização em Gestão em Saúde. Limoeiro do Norte (CE), Brasil. E-mail: erikachaves.ce2hotmail.com

³ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Especialização em Gestão em Saúde. Limoeiro do Norte (CE), Brasil. E-mail: belzinha_moteiroo@hotmail.com

⁴ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Especialização em Gestão em Saúde. Limoeiro do Norte (CE), Brasil. E-mail: belzinha_moteiroo@hotmail.com

⁵ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Especialização em Gestão em Saúde. Limoeiro do Norte (CE), Brasil. E-mail: jaquelinebritosv@gmail.com

⁶ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Especialização em Gestão em Saúde. Limoeiro do Norte (CE), Brasil. E-mail: jaquelinebritosv@gmail.com

Introdução

O sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo administrativo, onde os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os que procuram as unidades básicas de saúde. Essas unidades são, portanto, a porta de entrada para os serviços de maior complexidade, caso haja necessidade do usuário.

As unidades de maior complexidade são chamadas “Unidades de Referência”. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é referenciado (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser ‘contrarreferenciado’, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (BRASIL, 2011).

A organização da prestação da assistência no Sistema único de Saúde é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além desses princípios, o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção primária, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011).

Com isso, o Pacto de Gestão contempla os princípios do SUS estabelecendo as responsabilidades solidárias dos gestores a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Pressupõe-se que a regionalização e a hierarquização são consequência do princípio da integralidade, organizando a assistência nos diversos tipos de complexidade, composto de uma rede hierarquizada, o que vem auxiliar a referência e contrarreferência. A descentralização é um dos princípios do SUS, que caminha junto com a referência e contrarreferência como uma redistribuição de responsabilidades quanto às ações e os serviços de saúde. A avaliação tecnológica e de especialidades leva a referenciar e contrarreferenciar o usuário (BRASIL, 2011).

A Policlínica consiste em um mecanismo de oferta de assistência especializada que abrange o princípio da regionalização, que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Tem como objetivo garantir o acesso, a integralidade

na atenção á saúde, reduzir desigualdades e promover a equidade, sem distinção entre as pessoas, sem preconceitos ou privilégios, produzindo uma discriminação positiva para os mais necessitados e fortalecendo o papel dos estados e dos municípios para que exerçam suas funções gestoras e aperfeiçoem a aplicação dos recursos (BRASIL, 2006).

. O interesse em realizar essa pesquisa vem da importância da integralidade da assistência nas condutas realizadas para o acesso de pacientes aos serviços públicos de saúde. Considera-se, ainda, a forte relação da Policlínica como eixo do processo de referência e contrarreferência. Assim, a investigação foi delineada a partir do seguinte questionamento: como ocorre o sistema de referência e contrarreferência em uma policlínica?

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. A integralidade é uma das diretrizes mestras da reforma do sistema de saúde brasileiro, o próprio caminho que transforma as pessoas e constrói algo melhor. Entre os diversos sentidos é um direito universal do usuário em ser atendido em suas necessidades de saúde (FONTOURA, 2006).

Portanto, a integralidade é realizada entre os autores em diversos serviços. A integralidade ganha outros vieses como condições do trabalho, ou seja, a integração no processo do trabalho entre os trabalhadores, o trabalho em equipe é dinâmico e pode configurar equipes integradas, que representa grupos de profissionais (PERDOZZI, 2007).

Com base no exposto, este artigo teve como objetivo analisar o sistema de referência e contrarreferência em uma policlínica sob a perspectiva de usuários e profissionais de saúde, na integralidade em seus diversos níveis de complexidade.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa.

A investigação foi desenvolvida em uma policlínica situada no interior do Estado do Ceará, no vale do Jaguaribe, que constitui unidade tipo II, de atenção especializada de média complexidade, implantada pelo Governo do Estado, com

infraestrutura adequada para atender as principais especialidades médicas de interesse epidemiológico, com o serviço de suporte de diagnóstico e reabilitação dos pacientes atendidos. A mesma foi inaugurada no dia três de abril de dois mil e quatorze.

A Policlínica analisada fornece serviços de saúde correspondentes a quatorze especialidades médicas e sua equipe é composta por dois enfermeiros, um farmacêutico, um terapeuta ocupacional, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, um nutricionista e um psicólogo.

Participaram do estudo quinze pacientes e onze profissionais de saúde. Foram incluídos no estudo pacientes com idade acima de 18 anos e que estavam aguardando atendimento na Policlínica no dia da aplicação da pesquisa. Foram excluídos do estudo pacientes que possuíam algumas dificuldades cognitivas. Os profissionais inseridos no estudo foram aqueles que prestam serviço de forma exclusiva à Policlínica. Os nomes dos participantes ficaram em sigilo, sendo identificados pela letra “P” para pacientes e letra “E” para os profissionais. A coleta de dados foi realizada em Janeiro e Fevereiro de 2015.

Para coleta de dados foi utilizada um roteiro de entrevista do tipo semi-estruturado, constando de seis questões norteadoras. Foi desenvolvido instrumento específico para entrevista com os pacientes e outro para entrevista para os profissionais de saúde. A entrevista foi realizada em local reservado, tranquilo e com garantia de privacidade. Os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos.

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Os depoimentos dos entrevistados foram organizados de acordo com a semelhança de idéias contidas nos mesmos, permitindo a descrição do conteúdo das mensagens e a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) por parecer de número 1.006.464. Os indivíduos concordantes com o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme ampara e prevê a Resolução 466/12, no que concernem as diretrizes e normas

regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A identidade dos participantes foi preservada (BRASIL, 2012).

Resultados e discussão

Categoria 1

1. REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DOS PACIENTES

Subcategoria 1- Considerando que o processo de referência e contrarreferência se iniciam na Unidade Básica de Saúde, indagou-se inicialmente acerca de como havia ocorrido o encaminhamento para a Policlínica. Os pacientes explicaram que:

“Primeiro pelo PSF, que encaminhou para a secretaria e marcou as consultas e exames na Policlínica”. (P3)

“Primeiro fui à uma clínica particular, este médico fez a solicitação e um conhecido pegou uma solicitação com um médico do PSF e, a secretaria procedeu com o agendamento e encaminhamento”. (P7)

“Primeiro fui para o PSF. Segundo a secretaria encaminhou e agendou no carro. Terceiro, vim para a Policlínica”. (P2)

“Quem encaminhou foi o Hospital das Clínicas de Fortaleza. Voltei para a cidade e a secretaria marcou a consulta e dia”. (P6)

Nesta pergunta, verificou-se que doze usuários seguem o fluxo encaminhado pelos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família e, seguidamente, são encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde para agendamento de consultas e exames. No entanto, três usuários responderam que conseguiram atendimento à Policlínica por outros meios, fora do fluxo.

Vale ressaltar que se entende a integralidade como proposto por a capacidade da equipe de saúde em lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo-os por meio da oferta de um conjunto de serviços dirigidos aos problemas mais frequentes, seja organizando-os para que o paciente receba os serviços que não são da competência da atenção primária (BRASIL, 2011).

Sabe-se que é necessária para a realização do atendimento à população a organização e pactuação para o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de

atenção por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Subcategoria 2

Compreendendo que prevalece o fluxo Unidade Básica de Saúde-Policlínica, partiu-se para a análise da eficiência no percurso, considerando, entre outros aspectos, o tempo que se leva entre a saída da UBS e a entrada na Policlínica. As principais expressões sobre a eficiência no fluxo de encaminhamento foram:

“Sim. Foi rápido”. (P4)

“Mais ou menos, por ser muito demorado”. (P14)

“Não. Porque esperei 06 (seis) meses e o atendimento é pra uma criança”. (P15)

“Depois que cheguei à Policlínica, fiquei satisfeita. Mas até chegar à Unidade, não estava”. (P8)

Nesta pergunta, identificou-se que doze usuários encontram-se satisfeitos, dois não estavam e um que conceituou como mais ou menos, visto que houve demora no processo. Os resultados revelam que a maioria dos pacientes está satisfeita com o processo de fluxo e, nos casos de insatisfação, o sentimento foi relacionado à demora no agendamento.

Conforme a Lei 8.080/90 do Sistema Único de Saúde, percebe-se que foram definidas responsabilidades gerais da gestão para os três entes federados (municípios, estados e União), sendo que essas dizem respeito a questões como a garantia da integralidade da atenção à saúde, reconhecimento das necessidades da população, definição do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, entre outros (BRASIL,1990).

É acordado que o município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União, e que todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e

contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos.

De acordo com a Resolução nº 04, de 19 de julho de 2012 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), é responsabilidade municipal, no que diz respeito às responsabilidades gerais da gestão do SUS, promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais (BRASIL,2012).

Subcategoria 3

O fornecimento de esclarecimentos sobre o próprio sistema de saúde e os serviços prestados constitui forma de acolher e promover acesso à assistência ao paciente. A percepção dos pacientes entrevistados acerca destas questões é representada no depoimento abaixo:

“No município, houve dúvidas quanto aos encaminhamentos. Não fui bem orientada pelo PSF de como fazer para marcar o meu atendimento. Mas, quando cheguei na Policlínica, foi satisfatório.” (P3)

“Fui esclarecida quando cheguei na unidade que as consultas e exames são por hora marcada. Muito bom.” (P8)

“Só soube depois que cheguei, através dos agendamentos e consultas. Fiquei bem esclarecida”. (P9)

“Satisfeita. Fui esclarecida que as consultas e exames são por hora marcada”. (P10)

Todos os usuários declararam-se satisfeitos; porém esclarecem que foram esclarecidos já na Policlínica sobre as consultas e exames com hora marcada para atendimento. Essas informações, de acordo com os depoimentos acima, foram insuficientes ou inexistentes no âmbito da Universidade Aberta do Brasil.

Uma condição essencial para a integralidade é a atuação interdisciplinar das equipes de saúde: cotidianamente se apresentam nas unidades de saúde e territórios das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) situações cuja

complexidade exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas (BRASIL, 2011).

Em outra pesquisa, averiguou-se que muito há que se evoluir no que tange a organização dos serviços de saúde. O sistema de saúde consiste em sistema possuidor de lacunas no que tange à comunicação, que deveria existir, efetivamente, entre os profissionais que atuam em diferentes níveis de atenção, uma vez que cada um desenvolve seu trabalho separadamente, deixando os usuários a mercê de um sistema de saúde ineficiente (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

Subcategoria 4

Diante dos comentários realizados sobre o esclarecimento no atendimento, os usuários foram interrogados sobre quais direitos possuem no sistema de saúde. Os depoimentos mais representativos foram:

“Sim. Todos nós por pagarmos impostos, temos direito a medicamentos, consultas, exames e cirurgias”. (P4)

“Sim, o direito de ser atendido e a segurança de ter o atendimento que vou precisar, sendo encaminhada aqui dentro.” (P3)

“Sim. Que a assistência saúde, exames, consultas, transporte.” (P8)

“Não. Não sei de qualquer direito”. (P15)

O direito destacada pelos participantes foi a seguridade de consultas e exames na Policlínica. Conforme a Lei 8.080.90, no seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL,1990).

Os participantes da pesquisa consideram que os direitos que possuem estão sendo atendidas na Policlínica, conforme falas a seguir:

“Mesmo com a demora, não deixei de ser atendida” (P15)

“Sim. Porém, hoje está demorando”. (P1)

Verificou-se que treze usuários consideram que seus direitos foram assegurados; porém, dois usuários consideram que seus direitos não foram

totalmente assegurados, pois o atendimento não aconteceu de forma eficiente, em tempo adequado.

Acerca da avaliação global do processo de referência e contrarreferência, os pacientes oito conceituaram como excelente, quatro relataram como muito bom e três pontuaram como conceito bom. Apesar da deficiência de informações sobre o processo de referência nas unidades básicas de saúde e da demora decorrente entre a referência e o atendimento na Policlínica, os pacientes avaliam de forma positivo o fluxo entre os níveis de atenção.

Categoria 2

2. REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O processo de referência e contrarreferência envolvem diversos atores sociais, essencialmente pacientes e profissionais de saúde. Entre estes, os que atuam na Policlínica possuem importante função no acolhimento dos pacientes encaminhados e na efetivação da contrarreferência.

Subcategoria 1

A fim de investigar como os profissionais de saúde percebem o processo, foi levantado o conceito de referência e contrarreferência atribuído por eles. A percepção acerca disso é desvelada nas falas a seguir:

“A referência quando um sistema de menor de complexidade encaminha para um de maior complexidade. A contrarreferência quando o paciente é reencaminhado para uma unidade de menor complexidade.” (E1)

“Tem a finalidade de encaminhar pacientes com patologias mais complexas ou que necessitam de atendimento de segundo ou terceiro níveis, em ambulatório de especialidades ou hospitalar” (E3)

“Referência: avaliação de profissional que necessita de avaliação de outra especialidade. Contrarreferência-referência: retorno após avaliação.” (E4)

“Referência- quando um profissional encaminha o paciente para outro profissional. Contrarreferência é um *feedback* do paciente encaminhado para o que encaminhou.” (E5)

Os profissionais entrevistados passaram por um curso de aperfeiçoamento, onde os mesmos revisaram as leis do Sistema Único de Saúde, tendo como foco os

níveis de complexidade e as fichas de fluxo e contrafluxo, o que favoreceu a assimilação do conceito de referência e contrarreferência. No sistema de atenção secundária há necessidade que ocorra o encaminhamento por meio da ficha de referência e contrarreferência para que exista a integralidade do sistema de saúde.

Subcategoria 2

De acordo com o ministério da saúde, a lei federal nº 8.080\1990, que regulamentou o SUS, prevê em seu artigo 7º como um dos seus princípios a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2011).

Quanto ao funcionamento o sistema de referência e contrarreferência, os profissionais da saúde acreditam que:

“Funciona a partir de hierarquia, da unidade básica de saúde para ambulatório de especialidade até alta complexidade. (E3)

“Normalmente funciona, mas alguns médicos têm grande resistência em preencher à contra referência. (E6)

“Com fichas de protocolo dos serviços que podem ser setoriais ou intersetoriais. (E8)

“Referência com o encaminhamento do paciente com ficha de referência devidamente preenchida contendo o histórico da doença e com hipótese de diagnóstico e contrarreferência com a devolução do paciente do órgão que encaminhou contendo informações sobre o tratamento realizado e as suas condutas.” (E10)

A ficha de referência e contrarreferência é uma forma de organizar e documentar a comunicação entre unidades de saúde. Para isso, é importante que todos os profissionais estejam sensíveis a essa necessidade, de forma que a unidade básica de saúde encaminhe para unidade especializada, onde o usuário tenha sua necessidade atendida por meio da ficha de referência. Após a alta do paciente retorna para a atenção básica de saúde através da ficha de contrarreferência.

A Atenção Primária é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade, com

insumos e equipamentos necessários para atendimento das prioridades definidas para saúde local, com a garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2010).

Subcategoria 3

Na perspectiva dos profissionais de saúde da Policlínica, a troca de informação entre os três níveis de atendimento em saúde ocorre da seguinte maneira:

“A troca de informação deveria ser perfeita, já que na Policlínica tem várias especialidades. Mas, os municípios não estão preparados para receber os pacientes encaminhados daqui, que precisam de serviços que não são oferecidos na unidade. Então para determinados caso a Policlínica é apenas uma parada obrigatória, mas que não serve de muita coisa”. (E6)

A comunicação entre os níveis de atendimento à saúde ainda é incipiente com relação à integralidade, por conta que os municípios ainda não estão preparados. A policlínica é uma unidade secundária e atua em nível de atendimento de especialistas melhorando as práticas na rede de serviços de saúde onde o paciente realiza as consultas de acordo com suas necessidades.

Na rede de atenção à saúde, atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 2010).

No âmbito dos programas e serviços de saúde, melhores práticas incluem, além da aplicação de conhecimentos em situações e contexto específicos, sua realização com o emprego adequado de recursos para o alcance de resultados. Aliada à eficácia e à eficiência tecnológica, se junta à efetividade da prática, com o sentido de contribuir para o desenvolvimento. Assim, ao associar referenciais de melhores práticas à atenção secundária, potencializam-se respostas positivas às demandas dos usuários em um espaço estruturante da saúde (BRASIL, 2008).

Subcategoria 4

Os profissionais de saúde da Policlínica compreendem o sistema de referência e contrarreferência como essencial para a garantia da integralidade:

“Garantir à população os serviços do SUS, desde o mais simples ao mais complexo.” (E3)

“Acredito que esse sistema facilita a atenção ao paciente não apenas na atenção básica e suas medidas de prevenção do adoecimento, como também na realização de consultas especializadas, a fim de ofertar ao paciente prevenção, tratamento e controle”. (E10)

“Uma relação de responsabilidade, alta relevância que faz os serviços funcionarem com qualidade, promovendo ganhos e bons resultados aos seus usuários”. (E8)

“O sistema de fluxo e contrafluxo simplesmente garantem a integralidade do sistema”. (E6)

Os profissionais de saúde reconhecem a relação entre a referência, contrarreferência e acesso dos pacientes a diferentes tipos de assistência. Destacam que o processo facilita a atenção à saúde de forma integral.

O sistema relacionado às fichas de referência e contrarreferência garante à população o acesso aos serviços de saúde, fazendo com que seja garantida a lei da integralidade do sistema único de saúde, entre os níveis de complexidade.

A hierarquização e regionalização oferecem ao sistema a possibilidade de diagnosticar os reais problemas de saúde enfrentados pela população em uma determinada área, favorecendo as ações de vigilâncias, tendo educação de saúde, sendo este um dos pontos de extrema relevância, uma vez que o usuário é parte integrante do processo de integralidade do Sistema Único de Saúde (IBANEZ et. al, 2007).

No que concerne à avaliação global do processo de referência e contrarreferência na Policlínica, cinco dos profissionais classificaram como excelente e os seis restantes conceituaram como muito bom. A percepção do processo pelos profissionais de saúde se aproxima da percepção dos pacientes.

Conclusão

O sistema de referência e contrarreferência vêm sendo considerado como um dos pontos importantes para viabilizar a implantação do SUS, pois, dentre outros

fatores, a partir de sua estruturação, o fluxo de encaminhamentos de usuários aos diversos tipos de atenção será facilitado.

Para tal, destaca-se a necessidade de integração dos serviços e estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento da clientela. De acordo com o trabalho realizado foi fundamental a reflexão sobre as fichas de referência e contrarreferência junto com os usuários e os profissionais do sistema único de saúde no sentido de ser garantida a integralidade, fator primordial para assegurar a longitudinalidade do cuidado e a qualidade do atendimento.

Percebemos que a policlínica, atuando como serviço de saúde na atenção secundária possui papel que é vital na resolubilidade e integralidade do cuidado, ampliando o acesso a consultas e procedimentos especializados, unindo os pontos que tradicionalmente encontravam-se distantes.

A visualização das dificuldades, por meio do questionário aplicado aos usuários, permitiu localizar alguns problemas do nível da atenção secundária em relação à população-território e modelo de atenção, que constituem desafios a serem superados. Foi destacada a demora no atendimento e a ausência de protocolo para encaminhamento do paciente pelo profissional atuante na equipe de saúde da família para policlínica. Observou-se que precisam ser aperfeiçoadas as ferramentas de planejamento, principalmente no que se refere à questão da demora no atendimento, pontualmente na questão da central de marcação, estabelecendo protocolos e melhorando a capacidade dos serviços, em termos de acesso e variabilidade de oferta.

Na perspectiva dos profissionais de saúde da Policlínica, as fichas de referência e contrarreferência constituem mecanismo administrativo de sistematização do acesso e da integralidade. Verificou-se, todavia, que os mesmos percebem os serviços de saúde municipais como ainda não preparados quanto à sistematização da integralidade, o que dificulta a trajetória dos encaminhamentos entre os níveis de complexidade.

Ressaltamos, todavia, que este estudo limita-se à pesquisa realizada em uma Policlínica e, portanto, aos resultados nela encontrados. A análise foi limitada, também, à compreensão do processo de referência e contrarreferência sob a perspectiva de pacientes e profissionais de saúde que atuam na Policlínica, não

sendo investigados profissionais de saúde de outros serviços envolvidos no processo, especialmente os que atuam na atenção primária.

Recomendamos que esta pesquisa pudesse ser realizada em outras policlínicas, de forma que possam ser identificadas outras demandas para além das que foram pontuadas nesse trabalho. Recomendamos também que outros estudos possam ser realizados de forma que possa ser contemplada a investigação da existência da contrarreferência para o usuário que usufruiu da atenção secundária e, posteriormente, retornou para os cuidados da atenção primária.

Com base nos resultados elencados, propomos que haja um aprimoramento no protocolo de encaminhamento do paciente referenciado da atenção primária para atenção secundária, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Referências

BARDIN, Laurence.. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Conass. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS: Coleção para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2011. 223 p. (4).

BRASIL. CONSTITUIÇÃO. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Humaniza Sus. Referência e Contra-Referência**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/131>>. Acesso em: 31 out. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Revisões**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/2012/Reso466>>. Acesso em: 09 mar. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programas de serviços de saúde**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>>. Acesso em: 02 mar 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pactuação tripartite**. Brasília, resolução N ° 04, 2012. Disponível: <<http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/cit/2012>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde**. Brasília, 2006. Disponível em <http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 10 fev. 2015.

BRASIL, CONGRESSO NACIONAL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 16 set. 2014.

FONTOURA R.T; MAYER, C.N. **Uma breve reflexão sobre a integralidade.** *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(4): 532-6.

IBANEZ, N; BRITTAR, O.J.N.V; SÁ, E N.C; YAMAMOTO, E. K; ALMEIDA, M. F; CASTRO, C. G.J. **Organização sociais de saúde: o modelo do estado de São Paulo.** C S Col 2007.

MACHADO, L.M; COLOMÉ, J.S; BECK, C.L.C. **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O SISTEMA DE REFERÊNCIA E DE CONTRAREFERÊNCIA: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO.** *Revista de Enfermagem da Ufsm: REUFMS.* Santa Maris, n. , p.31-40, 14 jan. 2011.

BRASIL, Portaria GM/MS no 2.488, de 21 de outubro de 2011 b. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**

PEDUZZI M. **Trabalho em equipe de Saúde no horizonte normativo da integralidade no campo saúde.** In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, editores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, sabores e práticas.* Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. P. 75-84.