



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Gestão.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: AVANÇOS E FRAGILIDADES DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA A PARTIR DO ESTUDO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Karina Karla de Souza Bastos¹

Resumo: Este artigo tem, como intuito, apresentar algumas reflexões decorrentes do TCC concernentes à Estratégia Saúde da Família como inflexão neoliberal e a efetividade do princípio da integralidade a partir do sistema de referência e Contrarreferência junto a usuários do HULW. Realizou-se pesquisa de campo, explicativa, com observação assistemática e entrevista semiestruturada. Dentre os resultados, constata-se que a baixa efetividade do sistema representa uma barreira ao acesso universal e não estratégia para sua facilitação ou avanço para a qualidade dos serviços, enquanto as fragilidades na contrarreferência dificultam a continuidade dos tratamentos, desrespeitando o princípio da integralidade previsto no SUS.

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família; Integralidade; Política de Saúde; Sistema de referência e contrarreferência.

Abstract: This article intends to present some reflections deriving from the CBT concerning the Family Health Strategy as neoliberal inflection and the effectiveness of the principle of integrality from the reference system and Counter - reference, with HULW users. Field research was carried out, explanatory, using the unsystematic observation and semi-structured interview. Among the results, the low effectiveness of the system represents a barrier to universal access and not a strategy to facilitate or advance the quality of services, while weaknesses in counter-referencing make it difficult to continue treatment, disregarding the principle of integrality not SUS.

Keywords: Family Health Strategy; Integrality; Health Policy; System of reference and counter-reference.

1. INTRODUÇÃO

A princípio, ressalta-se que a discussão apresentada é fruto do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Integralidade na saúde: avanços e fragilidades do sistema de referência/contrarreferência no encaminhamento à saúde hospitalar” resultado de uma pesquisa de campo, cujo objetivo geral foi analisar a efetividade do princípio da integralidade a partir do sistema de referência e Contra Referência, junto a usuários do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Para tanto, teve como objetivos específicos: levantar dados de perfil socioeconômico dos usuários entrevistados; analisar o grau de efetividade do sistema de referência e contrarreferência no encaminhamento ao atendimento à saúde hospitalar; verificar os avanços do sistema de referência e

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal da Paraíba, E-mail: karina_karla@hotmail.com.

contrarreferência segundo a percepção dos usuários do HULW; identificar as fragilidades do sistema de referência e contrarreferência e suas implicações na vida dos usuários.

A aproximação com esta temática surgiu a partir de inquietações sentidas durante o processo de formação profissional no curso de Serviço Social, sobretudo no decorrer das experiências dos Estágios Supervisionados I e II realizados no Serviço Social Ambulatorial do HULW. Através das observações e experiências vivenciadas neste espaço de atuação do Serviço Social, foi possível observar insatisfações dos usuários em relação às dificuldades no acesso aos serviços do HULW, assim como na continuidade do tratamento, seja pela não efetivação da referência ou mesmo após a marcação prévia da consulta, dada a necessidade de marcação de retornos, encaminhamentos para outras clínicas/especialidades, falta de vaga e demora para marcação de cirurgia. Nesse sentido, analisar a efetividade do sistema de referência e contrarreferência e seus rebatimentos sobre a integralidade, tem relevância científico-prática ao contribuir com o protocolo do sistema de saúde, ao se voltar à reflexão e ao debate de uma necessidade social.

2. Análise da referência e contrarreferência na saúde local a partir da percepção dos usuários do HULW

No que concerne ao percurso metodológico utilizado com vistas à concretização da pesquisa e em consonância com os objetivos do estudo, realizou-se uma pesquisa do tipo explicativa, fundamentada na teoria social de Marx. Ao considerar que a dialética envolve a destruição da pseudoconcreticidade, o rompimento com a ideia independente do mundo, busca entender o fenômeno em si, apreendendo as mediações que constituem a sua essência (KOSIK, 1976).

No tocante à tipologia do objeto e segundo as fontes de dados, realizou-se uma pesquisa de campo, no Hospital Universitário Lauro Wanderley, especificamente no setor do Ambulatório, por ter sido o local de experiência e vivência dos Estágios Supervisionados I e II durante o processo de formação profissional no curso de graduação em Serviço Social. Os sujeitos da pesquisa foram 30 usuários dos serviços do referido setor, atendidos pelo Serviço Social, utilizando-se como coleta de dados primários, a técnica da observação assistemática e como instrumento a entrevista semiestruturada.

O Hospital Universitário Lauro Wanderley encontra-se localizado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba, no Bairro Castelo Branco de João Pessoa – PB. É uma instituição pública, não lucrativa, de assistência à saúde, e de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, dispondo de atendimento especializado com capacidade tecnológica para

promover um atendimento qualificado, fortalecendo as ações e serviços do Sistema Único de Saúde na Paraíba. O HULW configura uma estrutura de referência nas ações em saúde para o estado, com atendimento a todos os municípios que compreendem o território paraibano, sendo referência também, nos serviços ambulatoriais. O acesso se dá por intermédio das determinações do Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (CARTA DE SERVIÇOS AOS CIDADÃOS-HULW, 2015).

2.1 A ESF no sistema de referência em saúde

De início, destaca o tempo que os usuários aguardam para que se efetive a referência via ESF ou Secretária de Saúde para os serviços do HULW, evidencia-se que 16% dos usuários obtiveram referência em um mês, 26% entre dois a três meses; e 13% reiteraram que já esperaram um ano ou mais, o que demonstra a inexistência de um padrão que ateste a resolutividade do sistema de referência.

A partir da percepção dos usuários pode-se identificar que a principal problemática apresentada pelas instâncias responsáveis pela referência, para justificativa da demora em sua efetivação, é o reduzido número de vagas, também apontado por todos os usuários entrevistados (100%). Este fator se coaduna a várias outras situações que vêm impactando negativamente a saúde pública brasileira, tais como: superlotação dos hospitais públicos, filas exacerbadas de usuários que buscam acessar os serviços, obras paralisadas, ausência de manutenção de equipamentos e aparelhos necessários ao cuidado e tratamento dos sujeitos, dentre outros. Contraditoriamente, este cenário é utilizado como justificativa para disseminar a ideia de um Estado ineficiente e a apologia à privatização da coisa pública.

Conforme, Santos (2011) esta realidade é reflexo da suposta “crise” de gestão e financiamento que tem perpassado o SUS a partir da segunda metade da década de 1990, para o que se tem sinalizado como saída o desenho de um novo modelo jurídico-institucional, estabelecendo parcerias entre o público e o privado na administração dos hospitais públicos. Trata-se do Projeto de Fundações Estatais, que consiste em transformar a rede de hospitais públicos em Fundações de Direito Privado, cuja ação é recomendada pelos organismos multilaterais, a exemplo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), deslocando-se cada vez mais a atuação do Estado em detrimento do âmbito privado, ficando a cargo deste último a execução de grande parcela dos serviços (CORREIA, 2009). Deste modo, tem-se que, segundo Júnior (2009 apud SANTOS, 2011, p. 119)

A privatização da saúde é latente: “Hoje, 95% dos serviços especializados, que é a alta complexidade do sistema, estão nas mãos do setor privado”. O mesmo ocorre com a saúde suplementar. “Em dezembro de 2000, eram 33,4 milhões com planos de saúde [...] – 22, 8% da população de 146 milhões de pessoas; em dezembro de 2004, subiu para 38,9 milhões (5,5 milhões e 33,4 milhões); em dezembro de 2008, para 51,9 milhões – 27,5% da população de 189.612.814 milhões de pessoas”. (Série de debates promovidos pelo CNS, 2009).

Correia (2009) alerta para a alteração da operacionalização da assistência à saúde, separada em dois subsistemas, quais sejam: Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar. Conseqüentemente, esta medida ocasiona mudanças no papel do Estado, centrando suas ações na Atenção Básica, correspondendo ao Subsistema de Entrada e Controle, com cuidados mais simples e que exigem menor nível de complexidade tecnológica, o que requer menos investimentos; e encaminha os usuários que não tiverem suas necessidades atendidas neste nível, para os serviços ambulatoriais especializados e hospitais, que podem ser públicos ou privados, o que corresponde ao Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar.

Cabe sublinhar as bases de sustentação política-ideológica com viés neoliberal que sustentam este projeto, a lógica própria do capital em desresponsabilizar o Estado e centrar a responsabilidade no indivíduo enquanto sujeito que deve buscar suprir suas necessidades individualmente no mercado. Assim sendo, Correia (2009, s/p) sintetiza:

O Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde e passa a ser o coordenador desses serviços prestados pelas fundações, mediante repasse de recursos públicos. A privatização acontece exatamente neste repasse de recursos públicos para setores não exclusivos do Estado. O projeto das Fundações Estatais está alinhado às orientações do Banco Mundial para a política de saúde brasileira, compondo assim o quadro das contra-reformas *[sic]* do Estado brasileiro que favorece o projeto do grande capital.

A despeito da demora, todos os usuários que tiveram consultas marcadas via ESF (27% dos usuários) afirmaram ter resultado em atendimento pelo HULW. Todavia, vale salientar que embora tenha se conseguido acessar os serviços do HULW, é necessário considerar os prejuízos que a demora na efetivação da marcação ocasionam aos sujeitos, a exemplo dos agravos no quadro saúde-doença.

No que refere-se à aprovação do acesso aos serviços do HULW por meio da ESF, com índice de reprovação bastante expressivo (57%) a este mecanismo de acesso. Este cenário é reflexo do fato de o poder público não ter como prioridade a qualidade dos serviços oferecidos, ratificando-se características históricas da política de saúde brasileira (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010), dentre as quais se destacam:

centralização federal; desigualdade de acesso; divisão entre ações de prevenção e reabilitação; utilização irracional dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros; e, pela prática dissociada do contexto de vida dos sujeitos; acarretando baixa resolutividade dos problemas de saúde e gerando alto grau de insatisfação, tanto na população, como nos gestores e profissionais da saúde. (BARROS, 1997; BRASIL, 2000a; SOUZA, 2000 apud RIGHI, SCHMIDT; VENTURINI, 2010, p. 650).

Embora, o Governo Federal tenha procurado alterar esse cenário, com a criação do PSF em 1994, com o intento de melhorar a qualidade da assistência em saúde, centrando as ações na Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, em que o usuário passa a percorrer os serviços de acordo com o sistema de referência e contrarreferência, é sabido que permanecem grandes desafios ao acesso dos sujeitos sob uma perspectiva universalista e integral. Pode-se observar esta realidade em análise, uma vez que a maioria dos entrevistados exprimiram desaprovação à forma de acesso vigente. A título de ilustração, seguem algumas falas dos sujeitos entrevistados:

“Não, melhor marcar direto no Hospital, porque na USF são poucas vagas, o sistema não abre, falta internet” (Entrevistado n°12).

“Não, porque no interior a demora *pra* marcação é de três a quatro meses, e a pessoa sabendo o dia de marcação aqui no Hospital fica mais fácil, sem depender do município, pois quem perde é o paciente” (Entrevistado n°13).

“Sim, não tem outra maneira de conseguir” (Entrevistado n°15).

As falas em destaque evidenciam as dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, em particular ao HULW, e mostram insatisfação dos usuários e relação à forma como vem sendo efetivado os encaminhamentos para os níveis de maior complexidade da atenção à saúde. Por sua vez, Righi, Schmidt e Venturini (2010) assinalam que à medida que a ESF adquire centralidade para o Governo Federal, os princípios da qualidade tornaram-se essenciais, deste modo, para se atingir a qualidade, é necessário iniciar um processo de avaliação que requer a participação dos usuários e daqueles que produzem os serviços, é nesta ótica que se considera indispensável conhecer a opinião e vivência dos sujeitos.

O termo qualidade possui um conceito amplo no âmbito da saúde, para além de uma determinada condição de algo ou de sua natureza própria (CARVALHO *et al*, 2004). Nas palavras dos autores,

Significa que os envolvidos nos atos de saúde estão constantemente preocupados quanto às propriedades, benefícios e malefícios dos serviços prestados, desenvolvem atividades de aferição e aperfeiçoamento, para uma maior satisfação dos que necessitam desses serviços. (CARVALHO *et al*, 2004, p. 218).

Donabedian (1990 apud RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010, p. 653) compreende a qualidade a partir de princípios que intitula de “‘Sete Pilares da Qualidade’: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade”. Dentre estes pilares, destaca-se o conceito de efetividade, presente no objetivo geral deste trabalho. Deste modo, para Donabedian (1990 apud RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010, p. 653), a efetividade é compreendida como

[...] o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtido. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

As questões supracitadas também podem ser explicados por outros fatores: a baixa articulação entre os níveis da atenção básica e os demais níveis de complexidade, sobretudo, em razão da distinção no financiamento; e a parca resolutividade da Atenção Básica contribuindo para que haja um estrangulamento na rede de saúde, e a média e alta complexidade não consigam atender todas as demandas em sua plenitude (FAGUNDES; NOGUEIRA, s/d). A partir da apresentação dos dados relacionados à referência, a seguir serão abordados os dados que localizam o HULW no sistema de referência e contrarreferência.

2.2 O HULW no sistema de referência e contrarreferência

Para melhor compreensão do lugar ocupado pelo HULW no sistema de referência e contrarreferência, considerou-se pertinente identificar a forma de entrada dos usuários aos serviços do Hospital Universitário Lauro Wanderley, nesse sentido, é possível identificar que a grande maioria (43%) dos participantes da pesquisa adentrou no HULW por meio da Secretaria de Saúde do município em que reside e, apesar de a ESF ser a porta de entrada dos serviços de saúde, apenas 27% dos demais usuários adveio de encaminhamentos via ESF. Chama a atenção o número de pessoas que acessaram o HULW por intermédio de terceiros, 17% através de contatos de médico para médico, 6% por meio de contatos pessoais e ou institucionais.

A respeito da espera para marcação de consulta no HULW, identifica-se que a maioria (57%) considerou que houve bastante demora, o que gera insegurança entre os usuários e insatisfação em relação ao próprio SUS. Conforme Correia (s/d), este cenário é decorrente dos impactos da contrarreforma do Estado iniciada nos anos 1990 e os influxos dos organismos internacionais sobre os processos decisórios do Estado no âmbito econômico e social, com reflexos negativos sobre as políticas sociais públicas, dentre elas, a política de saúde. Contudo, estes influxos não são novos, já sendo observadas mudanças na área da saúde ainda nos finais da década de 1970 com os documentos elaborados pelo Banco Mundial e que já sinalizavam para:

[...] a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres (idem, p. 7).

No que concerne às medidas de contrarreforma dos anos 1990, Correia (s/d) aponta as tendências que se refletem sobre a saúde diante desse cenário:

1) O rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, ficando este encarregado apenas de prestar atendimento aos mais pobres que não podem pagar pelos serviços no mercado, através de um modelo assistencial baseado na oferta da

atenção básica e na racionalização da média e da alta complexidade (CORREIA, s/d, p. 15). 2) A flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, privatizando e terceirizando serviços de saúde, com repasse de serviços e recursos públicos para as Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs, Fundações de Apoio e Cooperativas de profissionais de medicina, além da implantação de duplo acesso em hospitais públicos e de mecanismos de copagamento (CORREIA, s/d, p. 16). 3) O estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde. A orientação do BM às novas formas de gestão da saúde priorizando o custo/benefício, esteve associada ao incentivo à participação da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde (CORREIA, s/d, p. 17).

As tendências em evidência caminham na contramão dos princípios e das diretrizes que balizaram a luta e constituição do SUS, ratificam a existência da disputa entre dois projetos distintos no âmbito da saúde – o projeto vinculado aos interesses do capital e o projeto vinculado às ideias da Reforma Sanitária –. Se nos anos 1970/1980 o Movimento de Reforma Sanitária se articulou a outros movimentos populares e de redemocratização para espalhamento de seus ideais e apoio da população, a realidade atual é propícia à desqualificação pela precarização da saúde pública, a exemplo da longa espera por atendimento nos serviços públicos de saúde, com o intento de incentivar os sujeitos a buscarem serviços oferecidos pelo mercado, inclusive com a multiplicação de clínicas populares para aqueles que não têm condição de pagar um plano de saúde.

Acrescenta-se a este cenário a crise vivenciada pelos Hospitais Universitários, também intensificada durante os anos 1990, relativa ao financiamento, à gestão, à inserção pouco regulada no SUS e ao relacionamento com a academia, culminando para o sucateamento das instalações físicas e de equipamentos (TORO, 2005).

[...] apresentam quadros de servidores insuficientes, instalações físicas deficientes e subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, reduzindo assim a oferta de serviços à comunidade. Essa conjuntura tem implicado fechamento de leitos e serviços, bem como em contratações de mão de obra terceirizada (SODRÉ *et al*, 2013, p. 366).

Sob esta ótica, a saúde é hoje determinada pela lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social, com o enxugamento dos direitos sociais e ampliação do espaço do mercado. Pode-se afirmar que o contexto de crise descrito, possibilita maior propensão para a privatização de setores estatais, abrindo espaço para os ditames do mercado, e fragmentando a lógica universalista da política de saúde. Indica-se como possível superação a esta crise, as Fundações Estatais de direito privado, a partir das investidas neoliberais (SODRÉ *et al*, 2013). Segundo Sodré *et al* (2013), houve em 2010 a criação do Decreto n. 7.082/2010, que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), sob a justificativa de viabilizar condições que possibilitassem os HU's cumprirem sua missão. Neste sentido, “[...] o Rehuf sugere, nas entrelinhas, uma alteração e um embate na discussão de quem é o dono do hospital universitário” (idem, p. 371).

Por sua vez, com o não cumprimento das propostas do Rehuf, foi criada ainda em 2010 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH), através da Medida Provisória n. 520 em 31 de dezembro de 2010, configurando uma nova roupagem para as Fundações Estatais de Direito Privado (*idem*).

Cabe à EBSERH “[...] entre outras competências, administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2010b apud SODRÉ *et al*, 2013, p. 371).

Destaca-se que a lógica que sustenta a EBSERH é o quantitativo em detrimento da qualidade dos serviços ofertados, o que recai em prejuízos ao usuário e flexibiliza os vínculos trabalhistas.

Ademais, a pesquisa aponta para outra questão: permanece a dificuldade de atendimento no território via ESF. Assis e Jesus (2012), reiteram que embora a ESF tenha possibilitado ampliar a acessibilidade geográfica, persiste a desproporção entre a oferta e capacidade de realizar atendimento às demandas de todos os sujeitos, pode-se mencionar como exemplo, a distribuição de um quantitativo específico de fichas nas Unidades de Saúde, deixando inúmeros sujeitos desprovidos do acesso.

Em relação às possíveis implicações à vida dos usuários quando a marcação para o HULW não ocorre, percebe-se que a maioria (64%) não conhece outros mecanismos que garantam o acesso – como as Curadorias e a Justiça – ou faz uso da informalidade, mantendo-se à espera do agendamento via ESF. As falas a seguir são ilustrativas dos três caminhos mais indicados pelos usuários – aguardo da marcação da consulta no Hospital (64%); recorrência ao setor privado (23%); realização de contatos pessoais e/ou institucionais (10%):

“Busco alguma alternativa, procuro o Serviço Social ou algum contato dentro do Hospital” (Entrevistado n° 22).

“Quem tem condições de fazer particular faz, quem não, continua na espera” (Entrevistado n° 24).

“A gente tenta de alguma forma, vir falar com alguém, com a Assistente Social... a necessidade me faz vir aqui” (Entrevistado n° 25).

“Quando não consigo, fico na espera. Dá até vontade de desistir. Quem mora aqui é mais fácil, mas *pra* quem mora no interior...” (Entrevistado n° 27).

As falas em destaque evidenciam a procura dos usuários ao Serviço Social do Hospital, o que reitera o atendimento emergencial como alternativa para superação das barreiras formal-burocráticas do sistema de referência e contrarreferência.

No que concerne aos avanços do sistema de referência e contrarreferência, numa perspectiva de atendimento integral aos usuários, aponta-se que para a maioria (47%) houve avanços e melhorias no sistema, enquanto que para 23% o sistema permanece sem alterações perceptíveis e para 20% ele piorou. Entre as falas sublinhadas abaixo, destaca-se a questão da lentidão do sistema como representativa da insatisfação apontada acima.

“Muito lento, nunca tem vaga. Não houve nenhuma organização, muito bagunçado” (Entrevistado n°5).

“É bom, porque a gente não tem tempo, já marca direto no sistema, manda *pra* secretária e lá já libera” (Entrevistado n°11).

“Não houve avanço nenhum, poderia ter, mas não há interlocução com o interior, não houve pesquisa no interior para conhecer o funcionamento das secretarias (Entrevistado n° 13).

“É lento, mas evoluiu um pouco” (Entrevistado n° 15).

Deste modo, pode-se observar que o sistema de referência e contrarreferência apresenta melhorias, sobremaneira por viabilizar um fluxo de marcação segura, todavia, permanecem problemas históricos dos serviços públicos de saúde, no que tange às dificuldades de acesso, em virtude da parca disponibilidade de vagas, alocação de recursos, e outros fatores.

No que concerne à contrarreferência pelo HULW, 43,5% dos usuários que passaram pelos serviços do Hospital assinalaram que foram encaminhados para a Unidade de Saúde do seu território para a continuidade do tratamento com ações e procedimentos mais simples; por sua vez, o mesmo número de pessoas respondeu que não foram contrarreferenciados; e 13% dos sujeitos não responderam. Neste contexto, deve-se atentar para a baixa integralidade dos serviços em saúde, tendo em vista a pouca observância da contrarreferência. Cecílio e Merhy (2003) consideram que os Hospitais devem ter uma preocupação de realizar atividades para além da mera contrarreferência, mas buscar possibilitar que os usuários possuam a continuidade do tratamento, com vistas a atender todas as suas necessidades, através da construção de linhas do cuidado. Nesse sentido, a ocorrência da integralidade dar-se-á somente em rede, o que exige

[...] processos de negociação com outros atores extra-hospitalares, em particular com as secretarias municipais de saúde ou outros gestores, com as coordenações de distritos (ou regiões) de saúde (onde existirem) e com as unidades básicas (idem, p. 18).

2.3 Análise do Sistema de referência e contrarreferência à luz dos usuários do HULW

Quando questionados sobre a articulação da rede de marcação de consultas, de modo a possibilitar o atendimento de todas as necessidades dos usuários, 43% afirmaram que há articulação; por sua vez 20% respondeu que não há, e em contrapartida, 37% dos entrevistados não souberam responder, como disposto nas falas a seguir:

“Sim, acontece. Pois tem o sistema de Regulação que há a destinação de vagas do Hospital para a ESF” (Entrevistado n° 5).

“Não, há falhas nos trâmites, demanda muito grande e contribui para o atraso na marcação” (Entrevistado n° 15).

“Não. É uma conexão pequena, há pouca comunicação entre eles. Por exemplo, o PSF diz que não tem vaga, mas quando a gente chega no Hospital é informado que houve as vagas. É difícil entender...” (Entrevistado n° 22).

As falas revelam que há interlocução entre os níveis de complexidade que compõem o SUS, entretanto, é possível vislumbrar que ainda existem empecilhos para sua plena

articulação em todos as esferas e instituições. Em conformidade com Assis e Jesus (2012, p. 2869):

[...] observam-se alguns limites do acesso aos serviços básicos de saúde: a baixa capacidade de interação entre as equipes da atenção básica (unidades tradicionais e ESF); a desintegração entre a ESF e os demais níveis de complexidade do sistema; e a pouca competência da APS em suas relações com outros setores da sociedade e do governo. Além das dificuldades de acesso apresentadas devido à oferta inadequada, existem aquelas devido à presença sistemática da demanda reprimida.

Certamente, os limites assinalados pelos autores interferem na interlocução entre a Atenção Básica, a Média e Alta complexidades e rebatem no acesso dos usuários aos serviços de saúde.

No que concerne ao nível de satisfação dos usuários com o sistema de referência e contrarreferência revela-se que 27% dos usuários consideraram o sistema bom; 23% indicaram satisfação regular e 27% assinalam considerá-lo péssimo, o que revela uma contradição que possivelmente está vinculada com a demora para a efetivação da referência, e conseqüente demora ao atendimento, e das expectativas geradas com a criação da ESF como porta de entrada para o sistema público de saúde. Portanto, a pesquisa desponta que a organização do sistema de referência e contrarreferência ainda é pífia, e o sistema possui limites e entraves que interferem em sua efetividade, trazendo implicações ao atendimento integral dos sujeitos a todas as suas necessidades numa perspectiva de acesso universal aos serviços de saúde.

Evidencia-se que embora o sistema tenha trazido avanços, ao oferecer organização no acesso à rede hierarquizada e regionalizada, se faz necessário pensar alternativas que possibilitem a superação da perspectiva fragmentária e seletiva das políticas sociais e, a centralidade de ações em um único nível, o que certamente contribui para engrossar as fileiras de usuários na ESF e nos hospitais, bem como, é preciso pensar em outras vias que possibilitem o “caminho” dos sujeitos aos níveis de complexidade que melhor correspondam a sua demanda em saúde.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar que a realidade constitui um conjunto articulado e dinâmico de fenômenos, pode-se vislumbrar que há um conjunto de elementos em constante interação e conexão que implicam na efetividade ou não do sistema de referência e contrarreferência dos usuários entrevistados no HULW. Os resultados obtidos com a pesquisa confirmaram o entendimento que o sistema de referência e contrarreferência está articulado à realidade

macro social, e que portanto sofre os rebatimentos dos interesses e investidas do capitalismo e das contrarreformas do Estado.

A criação da ESF trouxe avanços ao sistema de saúde, uma vez que proporcionou espaço para o desenvolvimento de ações em nível preventivo e de promoção e maior amplitude territorial do acesso, contudo não se mostra capaz de solucionar todos os problemas em saúde porque também vem sofrendo com o subfinanciamento da política de saúde, além de questões de gestão e de preparo dos recursos humanos. Neste sentido, constatou-se a baixa efetividade do sistema de referência representa uma barreira ao acesso e não uma estratégia para sua facilitação ou necessariamente um avanço para a qualidade dos serviços e para a garantia do direito à saúde pública universal, enquanto que as fragilidades na contrarreferência dificultam a continuidade dos tratamentos, desrespeitando o princípio da integralidade previsto no SUS. Permite-se concluir que embora o sistema de referência e contrarreferência apresente muitos limites e desafios a serem enfrentados, trouxe ainda que minimamente uma organização no fluxo de marcação de consultas e encaminhamentos aos demais níveis de complexidade. Todavia, é imprescindível pensar em mecanismos e portas de entradas alternativas que se aproximem o máximo possível da realidade de todos os territórios e sujeitos em sua singularidade.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012.

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

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social no Brasil: Conquistas e limites a sua efetivação**. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. CFESS, 2009.

CARVALHO, Cristiane O. Mocelin de et al. Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. **J Bras Nefrol** Volume XXVI - nº 4 - Dezembro de 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A INTEGRALIDADE DO CUIDADO COMO EIXO DA GESTÃO HOSPITALAR. IN: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p 197-210.

CORREIA, Maria Valéria Costa. CONTRA-REFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: flexibilização da Gestão e as Fundações Estatais. São Luís/MA, 2009.

Anais: IV Jornada Internacional de Políticas Públicas - neoliberalismo e lutas sociais: perspectivas para as políticas públicas. São Luís/MA, 2009.

_____. SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE CONTEMPORÂNEA DO CAPITAL: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. (Data e local não informados).

FAGUNDES, Helenara Silveira; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL.** (Data e local não informados).

GIOVANELLA Lúgia, et al, organizadores. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 89-120.

GONDIM, Roberta et al. Organização da atenção. **IN: Qualificação de gestores do SUS.** Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009. 404 p., il.

MIRANDA, Ana Paula Rocha. O VISÍVEL E O INVISÍVEL DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS DO SUS: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Dissertação (Mestrado)** Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – Pb, 2006.

MOTTER, Denise Galhardi. Estratégia saúde da família: integralidade na atenção às demandas sociais no município de Londrina-PR. Londrina, PR, 2007. 165 p. **Dissertação (mestrado em Serviço Social e Política Social).** Universidade Estadual de Londrina, 2007.

RIGHI, Angela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona. QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Produção Online** v.10, n.3, set. 2010.

SANTOS; Andréa Catarina Brandão Batista dos. A Contrarreforma da política de saúde nos marcos legais do sus. Recife, 2011, 159 folhas. **Dissertação (Mestrado).** Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. SERVIÇO SOCIAL, 2012.

SCHERER, M. D. A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface 53 - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SODRÉ, Francis et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013

TORO, Ivan Felizardo Contrera. O PAPEL DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO SUS: AVANÇOS E RETROCESSOS. **Serviço Social & Saúde**, Campinas v. 4 n. 4 p. 1– 156. Maio de 2005.

VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. **Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico**. São Paulo: HUCITEC-FAPESP, 2000. p. 113-133.