

REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A INTEGRALIDADE EM SAÚDE¹

Juciane Rosa Gaio Fratini*

Rosita Saupe**

Aline Massaroli***

RESUMO

Um dos múltiplos sentidos da integralidade pode ser efetivado através de sistemas de referência e contra-referência monitorados por acompanhamento e avaliação. Este estudo teve como objeto a possibilidade de contribuir para avanços em relação ao processo de referência e contra-referência do sistema de saúde brasileiro e como objetivo analisar o modelo técnico-assistencial implantado numa instituição hospitalar denominado "altas especiais". A metodologia constou da análise de documentos e registros nos prontuários de pacientes disponibilizados pela instituição de saúde onde se realizou a experiência. Os dados foram sistematizados e organizados em tabelas e gráficos e interpretados. O programa de "altas especiais" foi implementado em junho de 2003. No período analisado para este artigo (janeiro a outubro de 2005) o programa envolveu 123 (cento e vinte e três) pacientes e suas famílias. Destes, temos que 110 (89%) apresentavam necessidade de contra-referência e 13 (11%) não apresentavam essa necessidade (pacientes que permaneciam internados por questões sociais). Os resultados mostram como conseqüências benéficas: a humanização, com a manutenção do vínculo entre paciente, família e sistema de saúde; a redução do tempo de internação e de exposição às complicações daí decorrentes; maior disponibilização de leitos e diminuição dos custos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Serviços de saúde. Alta do Paciente.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) não é e nunca foi único. O dualismo tem estado historicamente presente no sistema de saúde nacional. Anteriormente ao SUS encontramos um sistema para trabalhadores contribuintes, que tinham acesso aos serviços públicos de melhor qualidade, e o sistema de "indigência", destinado à população carente, desempregada e miserável. O SUS nasceu com a incumbência de universalizar a assistência e de incluir todos os serviços instalados ou que viessem a ser criados, tanto públicos quanto privados; mas a história não confirmou este desiderato. O aumento da demanda pelos serviços públicos gerou a necessidade de novas formas de dualismo, concretizadas através da implantação de planos de saúde. O SUS e seus princípios (universalidade, integralidade e equidade) passam então a representar um sistema carente

de recursos, orientado para o atendimento das populações mais pobres ou marginalizadas. Mesmo entre os profissionais de saúde que atuam na atenção primária este conceito é generalizado⁽¹⁾. Apoiando estas afirmações encontramos também que

[...] vem se conformando no País, um sistema de saúde onde convivem três grandes subsistemas: o SUS, o subsistema público, destinado a 130 milhões de brasileiros; o subsistema privado de atenção médica suplementar, destinado a 40 milhões de brasileiros que pagam, por si ou através de empregadores, diferentes operadoras de planos de saúde; e o subsistema privado de desembolso direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra de serviços através de pagamento direto das pessoas ou famílias^(2:1).

Por outro lado, algumas informações estatísticas dão visibilidade ao SUS quando mostram que ele: possui 63 mil unidades

¹Projeto aprovado pelo CNPQ e financiado conforme Processo 402786/2005-0. Aprovado e financiado pelo Programa Integrado de Pós-graduação e Graduação (PIPG) – Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

* Enfermeira. Mestre. Bolsista do PIPG/UNIVALI.

** Doutora Enfermeira. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI; orientadora do PIPG/UNIVALI.

*** Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI; bolsista do PIPG/UNIVALI.

ambulatoriais e cerca de 6 mil unidades hospitalares; produz anualmente 11,7 milhões de internações hospitalares; faz 1 bilhão de procedimentos de atenção básica, 153 milhões de consultas médicas, 2,6 milhões de partos, 150 milhões de exames laboratoriais 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 23 mil transplantes de órgãos. Nos quatorze anos de sua existência tornou-se “um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira, especialmente aos pobres”^(2:1).

A capacidade instalada, o alcance social do sistema, o contingente de trabalhadores nele inseridos e a ampliação exponencial das necessidades da população constituem um conjunto que precisa ser permanentemente avaliado, estudado e pesquisado. Acontece também que as conclusões evidenciadas nos trabalhos precisam retornar ao sistema e, preferentemente, não se caracterizarem por ações pontuais de diagnóstico ou proposição de mudanças que correm o risco de não serem incorporadas pelos serviços, mas adquirem um caráter permanente.

Assim, com esta justificativa, a experiência a seguir relatada tem como objeto a possibilidade de contribuir para avanços em relação ao sistema de referência e contra-referência do SUS, considerado fundamental para a efetivação de seus princípios, em especial a integralidade; e como objetivo, analisar o modelo técnico-assistencial do sistema de contra-referência implantado numa instituição hospitalar.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os conceitos que dão sustentação a este relato são integralidade, referência e contra-referência, as duas últimas entendidas como estratégia para a integralidade da atenção à saúde.

No Brasil, o conceito de integralidade começa a ser discutido a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, iniciado na década de 1980, mas só vai se tornar um princípio com a criação do SUS, em 1990, através da Lei 8080. Neste documento a integralidade é “entendida como o 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”^(3:4). A partir daí, vários estudiosos têm se debruçado sobre o

conceito, analisando e ampliando seu significado. Para este estudo importa que exista uma conexão direta entre os sentidos e possibilidades da integralidade e a efetivação do processo de referência e contra-referência, conceitos estes que não têm merecido a mesma atenção dos pensadores e pesquisadores brasileiros da área da saúde.

O termo integralidade tem sido usado sob diversos matizes: “como articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde; como integração entre os setores públicos e privados; como uma importante diretriz na gestão dos serviços; e como proposta de modelo de atenção”^(4:1398).

O desafio da integralidade, conceito consagrado pela Constituição de 1988, é suma importância como um dos pilares de sustentação do SUS. Para sua concretização é necessário “que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde; prevenção dos fatores de risco; assistência aos danos; e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde – doença”^(5:573).

Concordamos com a crítica do 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”^(6:470); mas talvez o caminho para alcançarmos o idealizado pelo autor, superando o modelo hierarquizado vigente e aportando num sistema de saúde que funciona 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”^(6:470), tenha que passar pela concretização do modelo piramidal, vivenciado em suas possibilidades e fragilidades. Sem esgotar esta perspectiva, tão incorporada ao ideário das conquistas da saúde brasileira, talvez continuemos a andar em terreno movediço, não fundamentado por experiências e conhecimento científico.

Os conceitos de referência e contra-referência em saúde, apesar de se constituírem como 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.

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, “o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário”, devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio^(7:11).

Entendemos 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.

ANTECEDENTES E MODELO IMPLANTADO

A realidade atual de superlotação dos hospitais, de demanda reprimida, de altos custos da assistência, de riscos de infecção hospitalar, de prolongamento do período de internação devido às questões sociais das pessoas e famílias, exige criatividade e iniciativa dos profissionais e instituições, na perspectiva de testar possibilidades de trabalhar com projetos de humanização que sejam realistas e considerem todos estes aspectos. Foi considerando estes e outros aspectos específicos, relacionados ao hospital no qual foi realizada esta experiência, que se iniciou em 2003 um programa de enfrentamento afirmativo destes problemas.

O hospital, diante de tantas demandas, iniciou por um trabalho de controle do tempo de permanência do paciente internado, através de quatro tipos de cartão, que eram colocados nos prontuários e representados por cores: branco, significando que o paciente estava internado sem o código de procedimento (através do código, obtemos o diagnóstico e tempo previsto para a

internação, caso não haja complicações); verde, significando que está recentemente internado e é o momento de elucidar o diagnóstico e iniciar o tratamento; amarelo, como alerta, sinalizando que o tempo de permanência previsto está se esgotando; vermelho, indicando que a internação ultrapassou o tempo de permanência preconizado. É importante esclarecer que este tempo de permanência é determinado pelo SUS, em conformidade com o diagnóstico.

Paralelamente à implementação deste controle, houve investimento no processo de conscientização da equipe interdisciplinar e iniciou-se um trabalho específico com os pacientes com cartão vermelho (diárias excedentes), a fim de verificar o motivo da prorrogação do período de internação para além do tempo previsto. Observou-se que, além das justificativas relacionadas às complicações de sua situação clínica, muitos pacientes ficavam internados para garantir terapêutica medicamentosa, curativos, oxigênio, acompanhamento da equipe multiprofissional, tratamentos paliativos, entre outros. A equipe foi mobilizada também pela certeza de que o usuário espera que a relação com o profissional de saúde seja capaz de promover resolutividade ou encaminhamento, gerando a segurança de que, ao receber alta hospitalar, não ficará sem o suporte de que porventura ainda necessite.

Na seqüência, foi sentida a necessidade de criar uma equipe interdisciplinar e trabalhar diariamente com os pacientes em cartão vermelho. No primeiro momento o grupo descreveu o fluxo das altas e as causas das longas permanências, e a alta que necessitava de contra-referência recebeu a denominação de “alta especial”.

O profissional que iniciou o trabalho foi designado como coordenador da equipe e passou a se dedicar somente a este projeto. Suas atividades incluíam: visita diária aos pacientes, contacto com os familiares, consulta aos prontuários, solicitação de atenção dos demais profissionais conforme as necessidades apresentadas pelo paciente e sua família, e demais providências que se fizessem necessárias. O mais freqüente era contatar com o médico assistente e verificar se o paciente tinha condições de “alta especial” e colocar que a equipe estava à disposição para auxiliá-lo diante

de suas necessidades. Em outras situações o próprio médico já prescrevia a “alta especial”, deixando descritas as necessidades do usuário, ou entrava em contato com a coordenadora para proceder à alta. O enfermeiro da unidade também participava na efetivação das altas, discutindo a situação com o médico assistente e contribuindo para julgar se era ou não necessário ser tomada esta decisão.

Todos os pacientes que receberam “alta especial” foram encaminhados às unidades de Atenção Básica, mediante contato prévio feito pela coordenadora ou pela assistente social. Orientações detalhadas sobre sua situação e necessidades eram protocoladas, com cópia para o usuário, a coordenadora da equipe, a assistente social e a Atenção Básica. Esta última se comprometia a dar seqüência ao tratamento, na unidade ou em domicílio.

A parceria com a rede de Atenção Básica para efetivação da contra-referência incluía: o acompanhamento pela equipe multidisciplinar hospitalar no caso de necessidades especiais, como cuidados fisioterápicos; o fornecimento de antibioticoterapia injetável pela instituição hospitalar e descartáveis e diluentes pela Unidade de Atenção Básica. Nos casos mais críticos a instituição hospitalar ligava no 3º dia da alta para se certificar de que o tratamento estava sendo realizado. No documento de encaminhamento era destacado o telefone de contato da instituição a ser utilizado em qualquer situação de dúvida, tanto do usuário quanto dos profissionais da Atenção Básica.

Neste processo de “alta especial” foram registradas situações de reinternação pelo fato de o local de residência do usuário não estar coberto por equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) ou por problemas sociais do usuário, como não conseguir se deslocar até a rede de Atenção Básica para receber o tratamento. Por outro lado, registramos também iniciativas de profissionais da rede que, ao receberem o comunicado de “alta especial”, dirigiram-se à instituição hospitalar para contato com a equipe, o paciente e seus familiares, para inteirar-se de seus cuidados e/ou visitar sua residência para facilitar a avaliação das necessidades, com o objetivo de garantir seus cuidados no domicílio.

O registro sistemático, feito pela

coordenadora, dos dados referentes ao desenrolar da implementação do programa durante o ano de 2004, a análise mensal desses dados e sua divulgação para conhecimento de toda a equipe de assessoria de gestão envolvida, possibilitaram estabelecer como meta para o ano de 2005 a média de 20 (vinte) “altas especiais” por mês. Esta meta foi calculada aplicando-se a seguinte equação aos dados de 2004:

$$\frac{\text{NUAEM} \times 100}{\text{NTAM}}$$

LEGENDA:

NUAEM = Número de Altas Especiais no Mês

NTAM = Número Total de Altas no Mês

METODOLOGIA

Constou da análise de documentos e de dados⁽⁸⁾ registrados nos prontuários de pacientes, disponibilizados pela instituição de saúde, local da realização da experiência. Para a utilização dos documentos produzidos no projeto denominado “Altas Especiais”, como dados de pesquisa, foi solicitada a autorização da referida instituição. O projeto foi inscrito no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) e autorizado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI conforme Parecer nº 47/2006.

Os documentos selecionados foram submetidos ao seguinte processo:

1. Delimitação do material a ser consultado: foram incluídos todos os documentos relacionados ao desenvolvimento do projeto “Altas Especiais” resultantes dos registros efetuados durante o ano de 2005 pelos funcionários da instituição hospitalar.

2. Organização do material: os documentos foram catalogados e organizados em:

- registros nos prontuários dos pacientes que participaram do programa em 2005;
- registros em relatórios relativos ao projeto;
- planilhas com dados relativos aos pacientes.

3. Análise do material.

4. Reelaboração: nesta etapa foram construídos e analisados quadros, tabelas, gráficos, bem como selecionados trechos de registros, que foram utilizados como ilustração das conclusões.

5. No caso de dúvidas em relação à interpretação dos dados, procuramos as fontes primárias, ou seja, funcionários da instituição

hospitalar que tinham familiaridade com os dados e pudessem acrescentar ou esclarecer informações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O programa de “altas especiais” foi implementado em junho de 2003. No período analisado para este artigo (janeiro a outubro de 2005), envolveu 123 (cento e vinte e três) pacientes e suas famílias. Destes, temos que 110 (89%) apresentavam necessidade de contra-referência e 13 (11%) não apresentavam essa necessidade (pacientes que permaneciam internados por questões sociais). Dos pacientes que necessitavam de contra-referência, temos que 64 (58%) eram do sexo masculino. A faixa etária variou entre 18 e 95 anos, ficando a média em 56 anos.

Os diagnósticos clínicos apresentados pelos pacientes estão sintetizados na tabela 1, a qual mostra que quinze especialidades foram incluídas no programa durante o período analisado, evidenciando suas possibilidades de generalização, ou seja, que a “alta especial” independe da área de especialidade e, em princípio, pacientes com qualquer diagnóstico podem participar do programa. O fator determinante e fundamental tem relação com uma competente avaliação, planejamento dos cuidados e suporte familiar, com o próprio hospital e com a Atenção Básica. O mesma tabela mostra também concentração em neurologia, pneumologia, infectologia e oncologia.

Ao receberem “alta especial” os pacientes apresentavam necessidades de contra-referência concentradas em quatro áreas: administração de medicamentos (32%); curativos (16%); oxigenioterapia (1%); e acompanhamento com a equipe de saúde (51%).

O fato de mais da metade das necessidades de cuidados apresentadas pelos pacientes que participaram do programa de “alta especial” no período analisado, estarem relacionadas ao “acompanhamento com a equipe de saúde” evidencia a necessidade da parceria entre a atenção hospitalar e a Atenção Básica, mediante o estabelecimento de diálogo intersetorial permanente.

Os 56 pacientes que mostraram alguma

necessidade de acompanhamento por profissional de saúde totalizaram 111 encaminhamentos, já que alguns apresentaram mais do que uma necessidade. Observa-se alta concentração quanto aos cuidados de enfermagem, com 51 ocorrências, sendo que todos os demais profissionais requereram um total de 60 intervenções.

Tabela 1. Distribuição das especialidades relativas aos pacientes incluídos no Programa de “Alta Especial”, no período de janeiro a outubro de 2005. Itajaí, SC.

ESPECIALIDADES	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Cardiologia	5	4,6
Cirurgia Cardíaca	4	3,6
Clínica Médica	4	3,6
Cirurgia Geral	9	8,1
Gastroenterologia	2	1,8
Hematologia	3	2,7
Infectologia	15	13,7
Nefrologia	7	6,4
Neuro Clínico	10	9,2
Neuro Cirúrgico	10	9,2
Oncologia	11	10,0
Ortopedia	9	8,1
Otorrinolaringologia	1	0,9
Pneumologia	16	14,5
Vascular	4	3,6
TOTAL	110	100,0

Não surpreende a alta frequência da necessidade de receber medicamentos e curativos, que juntos alcançam o percentual de 48%. Quem convive com pacientes do SUS, enquanto sistema público⁽²⁾, sabe das carências sociais desta parcela da população. Sabemos também que a decisão de manter os doentes no hospital, quando já teriam condições de continuarem o tratamento em domicílio, visa assegurar a continuidade do mesmo, já que frequentemente não têm condições de aquisição e nem mesmo de administração dos medicamentos. Como consequência este passa a um importante fator que amplia as filas de espera para internação e aumenta os custos da atenção hospitalar.

O programa de “altas especiais” atingiu somente um paciente em janeiro de 2005, número que foi crescendo, até atingir seu pico em maio, com 24 ocorrências; manteve valores acima de 15 até agosto e ficou com três e seis nos meses de setembro e outubro,

respectivamente, totalizando as 110 que estão sendo analisadas neste artigo, conforme pode ser visualizado na figura 1. A análise destes dados revelou um fenômeno inesperado qual seja: após um processo contínuo de crescimento da frequência mensal das “altas especiais”, foi evidenciado um súbito e forte decréscimo. Como não encontramos nos documentos justificativa para este fenômeno, fomos buscar explicação junto às fontes primárias, funcionários do hospital envolvidos com o programa. Conforme a coordenadora, este fato tem a ver com a associação de mais uma atividade atribuída à coordenação, em conjunto com o trabalho da “alta especial”, não realizando mais visitas diárias e efetivando as altas somente quando solicitadas pelo médico e pelo enfermeiro da unidade. A figura também mostra que a meta de vinte “altas especiais” como média mensal não foi atingida, ficando em 11.

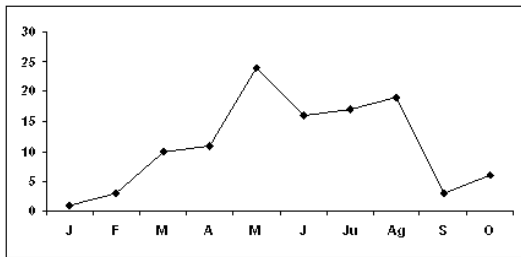


Figura 1. Evolução do número de “Altas Especiais” no período de Janeiro a Outubro de 2005. Itajaí, SC

A figura 2 mostra a evolução do número de diárias, que totalizou 743, disponibilizadas pelas 110 “altas especiais”, que apresentaram a mesma tendência da figura 1, confirmando a relação direta entre o número de “altas especiais” e a disponibilização de vagas para admissão de novos pacientes.

A relação entre os dados da figura 1 e da figura 2 aponta para uma média de 6,75 diárias disponibilizadas em relação a cada paciente em “alta especial”, indicando um fator que consideramos de sucesso do programa e contribuindo, muito provavelmente, para desafogar a emergência e diminuir as listas de espera para internação. Além de reduzir o tempo de permanência no hospital e todos os riscos colaterais, como, por exemplo, infecção hospitalar, o programa significa uma importante redução de custos, mesmo nos casos em que o

hospital manteve diretamente os cuidados e os medicamentos necessários, atingindo a média de R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por paciente.

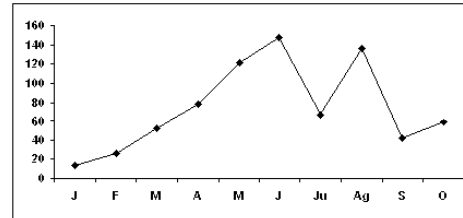


Figura 2. Evolução do número de diárias disponibilizadas pelo Programa de “Alta Especial”, no período de janeiro a outubro de 2005. Itajaí, SC.

Consideramos que o fator mais relevante para se afirmar o sucesso do programa tem a ver com a satisfação dos usuários e familiares. Dos 110 pacientes, somente em dois casos, envolvendo situações e contextos muito desfavoráveis, houve retorno ao hospital. Por outro lado, para além dos números e percentuais que dão sustentação aos resultados positivos do programa de “alta especial”, é importante ressaltar a percepção dos usuários e familiares, da equipe hospitalar e das equipes do PSF. Estas percepções ainda não foram suficientemente sistematizadas, mas entre os vários subsídios positivos, destacamos:

- a participação da equipe hospitalar, que entendeu o programa em todas as suas dimensões e procedeu a rigorosa avaliação das possibilidades de incluir pacientes com tempo de permanência acima do previsto pelas normas do sistema de saúde, bem como estabeleceu plano de cuidados encaminhado às equipes de cuidado ambulatorial ou domiciliar;

- a aceitação, pelo usuário e família, da positividade do programa e dos ganhos em relação ao retorno do paciente ao seu lar e convívio com os familiares, bem como sua compreensão de que este processo seria coadjuvante na sua recuperação e que no caso de qualquer problema seu retorno ao hospital seria garantido e imediato;

- as equipes da rede pública, em especial as do PSF, que deram continuidade ambulatorial ou domiciliar aos cuidados que os pacientes requeriam.

A integração, a interdisciplinaridade e, principalmente, a comunicação e diálogo entre

estas partes foram e estão sendo fundamentais para que este programa possa ser pensado como uma tecnologia viável a partir de uma experiência local de referência e contra-referência, e que venha a se constituir numa política pública do município.

No caso da instituição hospitalar onde esta experiência foi realizada, o encaminhamento, após a alta, para as unidades de Atenção Básica localizadas na área territorial da residência do paciente já foi universalizado, ou seja, atualmente todos os pacientes são encaminhados.

Estudos e experiências focalizando os princípios do SUS e o sistema de referência e contra-referência são mais frequentemente relacionados aos serviços de Atenção Básica ou a implementação de cuidados domiciliares a partir do hospital⁽⁹⁾. Em Salvador, Bahia, dissertação de mestrado, realizada em 1989, avaliou o funcionamento do sistema de referência e contra-referência na rede de serviços básicos e concluiu elencando inúmeras dificuldades para sua concretização⁽¹⁰⁾. Em 2002, quatorze anos depois, outro trabalho acadêmico⁽¹¹⁾, realizado em São Paulo, investigou os mecanismos de referência e contra-referência na atenção ao ciclo grávido puerperal, concluindo que os mesmos existem, tanto formais quanto informais, porém não garantem acesso aos demais níveis da rede de assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se inscreve como uma iniciativa local que pretende contribuir para a consolidação do SUS do Brasil, neste caso como iniciativa hospitalar. Tomou como referência um dos múltiplos sentidos da integralidade, que pode ser efetivado através de sistemas de referência e contra-referência, monitorados por acompanhamento e avaliação.

A experiência desenvolvida por uma instituição hospitalar de Santa Catarina e aqui relatada mostra como conseqüências benéficas: a humanização, mantendo o vínculo entre paciente, família e sistema de saúde; a redução do tempo de internação e da exposição às complicações daí decorrentes; bem como a disponibilização de leitos e diminuição dos custos.

Muito há a ser estudado, investigado e testado. A literatura a qual tivemos acesso mostra a precariedade, tanto da discussão sobre os conceitos quanto da experimentação e testagem de modelos. Mas é possível que experiências locais exitosas, como a descrita neste artigo, compartilhadas com a comunidade científica, com os gestores e profissionais de saúde possam ser ajustadas às diferentes realidades e tornar viável o sistema de saúde que está tão bem descrito e idealizado nos documentos oficiais.

REFERENCE AND COUNTER REFERENCE: CONTRIBUTION TO INTEGRALITY IN HEALTH

ABSTRACT

One of the multiple meanings of integrality can be carried out through the reference and counter reference systems, monitored by means of follow-up and evaluation. The object of this study is the possibility of contributing for advancements regarding the reference and counter reference process of the Brazilian health system and the objective of analyzing the technical and assisting model implanted in a hospital institution and named "special patient discharges". The methodology comprised the analysis of documents and registers of the patients records, made available by the health institution, the site of the research. The data were systematized, organized into tables and graphic charts, and then interpreted. The "special patient discharges" program was implemented in June 2003. The time framework analyzed for this article (January to October 2005) involved 123 (one hundred twenty-three) patients and their families. 110 (89%) out of them presented need of counter reference while 13 (11%) showed no need (patients who remained hospitalized for social reasons). The outcomes show as beneficial consequences: humanization, maintaining the link between the patient, the family and the health system; reduction in patient admittance time and exposure to complications arising from it; higher provision of hospital beds and decrease in costs.

Keywords: Single Health System. Health Services. Patient Discharge.

REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA: CONTRIBUCIÓN PARA INTEGRALIDAD EN SALUD

RESUMEN

Uno de los múltiples sentidos de la integralidad puede ser efectivizado a través de sistemas de referencia y contra referencia, monitorizados por acompañamiento y evaluación. Este estudio tuvo como objeto la posibilidad de contribuir para avances con relación al proceso de referencia y contra referencia del sistema de salud brasileño y como objetivo analizar el modelo técnico asistencial implantado en una institución hospitalaria denominado 'altas especiales'. La metodología constó del análisis de documentos y registros en los prontuarios de pacientes dispuesto por la institución de salud, donde se realizó la experiencia. Los datos fueron sistematizados y organizados en tablas y gráficos e interpretados. El programa de "altas especiales" fue implementado en junio de 2003. En el período analizado para este artículo (enero a octubre de 2005), el programa envolvió 123 (ciento veintitrés) pacientes y sus familias. De estos, tenemos que 110 (89%) presentaban necesidad de contra referencia y 13 (11%) no presentaban esa necesidad (pacientes que permanecían internados por cuestiones sociales). Los resultados muestran como consecuencias benéficas: la humanización, con el mantenimiento del vínculo entre paciente, familia y sistema de salud; la reducción del tiempo de internación y de exposición a las complicaciones de ahí decurrentes, mayor disponibilidad de camas y disminución de los costos.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Servicios de Salud. Alta del Paciente.

REFERÊNCIAS

1. Moretto EFS. Os enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
2. Mendes EV. O dilema do SUS. 2005. [citado em 2005 jul. 4]. Disponível em: <http://www.grupogices.hpg.ig.com.br>.
3. Brasil. Lei no. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo; 1990 Set. 20.
4. Hortale VA. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1398-9.
5. Campos EA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Colet. 2003;8(2):569-84.
6. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997;13(3):469-78.
7. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. 3a. ed. Brasília (DF); 2003.
8. Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. Cad Pesqui. 2001;(114):179-95.
9. Souza AIJ, Silva KM, Silva M. Cuidando de família de crianças soropositivas no domicílio. Ciênc Cuid Saúde. 2002;2(2):177-86.
10. Araújo EC. A referência e a contra-referência na reorganização dos serviços de atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde [dissertação]. Salvador: Faculdade de Medicina; 1989.
11. Maeda ST. Gestão da referência e contra-referência na atenção ao ciclo grávido puerperal: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.

Endereço para correspondência: Juciane Rosa Gaio Fratini. Rua: Apolônia Uon Buettner, 447, Asilo, 89037-020, Blumenau, Santa Catarina, Brasil. E-mail: enf.juciane@bol.com.br

Recebido em: 15/05/2007

Aprovado em: 21/01/2008