

SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NUM SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA*

Reference and contra reference system in a community health service

Regina Rigatto Witt¹

RESUMO

Trata-se de um estudo realizado num hospital de base, com o objetivo de descrever o sistema de referência e contra-referência do serviço. Após duas semanas de observação deste sistema, optou-se pela entrevista dos pacientes encaminhados do primeiro nível, que foi realizada através de visitas domiciliares. Os resultados mostram a demanda do serviço com relação aos diversos níveis de assistência e revelam alguns problemas que impedem o funcionamento do sistema de referência e contra-referência neste serviço.

UNITERMOS: sistema de referência, saúde comunitária, serviços de saúde.

ABSTRACT

This study has been carried out at the Community Health Service of the Conceição Hospital/Porto Alegre/RS, with the aim of describing its reference and contra reference system. After two weeks observing this system, patients were interviewed at home. The results showed the demand of the service relating to the various levels of assistance. Some problems that prevent the reference system from its best functioning in this service were also pointed out.

KEY WORDS: reference system, community health, health services.

1 INTRODUÇÃO

A conceituação dos termos referência e contra-referência está inserida em uma proposta de organização dos serviços de saúde que parte do conceito de Cuidados Primários de Saúde. Por "Cuidados Primários de Saúde entende-se a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde prestados por meios que lhes sejam aceitáveis, através de sua participação integral e a custo que a comunidade e o país possam absorver". (OMS, 1979, p.2).

Os serviços essenciais de saúde constituem uma rede de instituições estatais que formam parte do sistema administrativo nacional e que prestam aos indivíduos certos serviços indispensáveis de prevenção e atenção médica. Esses serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescente, desde o nível elementar até o mais especializado, fundamentados no grau de diferenciação das atividades desenvolvidas em cada um dos níveis estabelecidos: primário, secundário e terciário (Salud para Todos, 1984).

O nível primário se caracteriza por atividades de promoção, proteção e recuperação a nível ambulatorial, desenvolvidas basicamente por pessoal de nível elementar,

médio, médicos generalistas e odontólogos. Os estabelecimentos que estão instalados neste nível de atenção são os Posto e Centros de Saúde. As atividades inerentes a este nível se agrupam em 3 áreas: saúde, saneamento e apoio diagnóstico (BRASIL. Ministério da Saúde, 1981).

O nível secundário se caracteriza por desenvolver, além das atividades do nível primário, atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas (com especialistas): clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica e especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. Os estabelecimentos característicos deste nível são as unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais.

O nível terciário se caracteriza pela maior capacidade resolutive dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e de urgência. Os estabelecimentos instalados neste nível, são, basicamente, os ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e os hospitais de especialidades.

A prestação de serviços às populações é realizada pelo sistema, nos três níveis de complexidade, coordenados entre si para o atendimento harmônico e abrangente das necessidades de saúde da região a que serve.

Os estabelecimentos que compõem o sistema de atenção, por ordem de menor a maior complexidade são:

- a. posto de saúde;
- b. centro de saúde;
- c. ambulatório geral;
- d. hospital local;
- e. hospital de base.

O sistema de referência e contra-referência constitui-se na articulação entre os estabelecimentos acima mencionados, sendo que a referência se dá do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contra-referên-

* Estudo realizado durante estágio curricular do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP, com orientação da Profa. Dra. Maria de Lourdes Rodrigues e assessoria da equipe de epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição/Porto Alegre/RS.

¹ Professora Auxiliar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, aluna do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

cia. Para sua operacionalização, é necessário que haja definição clara das atividades a serem desenvolvidas em cada nível, segundo o grau de complexidade dos atos. Os casos referidos e contra-referidos deverão estar sempre acompanhados de documentação adequada a ser anexada aos prontuários no centro de origem.

A proposta deste modelo tem a finalidade de organizar o serviço de saúde, e espera-se que com sua implantação, resolvam-se problemas de demanda reprimida em algumas áreas de atendimento, o que possibilitará uma maior resolutividade dos problemas de saúde apresentados pela população.

Por tratar-se de um modelo teórico, sua implantação deverá ser acompanhada de estudos, a fim de que sejam realizados os devidos ajustes para sua aplicação na prática da assistência de saúde. O presente estudo foi realizado no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição com os seguintes objetivos:

- a. descrever o sistema de referência e contra-referência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição;
- b. relacionar os tipos de problemas de saúde encaminhados;
- c. identificar o percentual de pacientes que procura o serviço referendado, conforme orientação recebida no primeiro nível de referência;
- d. identificar o percentual de pacientes que é atendido no serviço referendado, conforme orientação recebida no primeiro nível de referência;
- e. identificar as possíveis causas da não procura pelo paciente do serviço referendado;
- f. identificar as possíveis causas de não atendimento do paciente no serviço referendado;
- g. identificar o tempo decorrido entre a procura do serviço referendado e o atendimento;
- h. identificar o percentual de pacientes referendados que são encaminhados ao primeiro nível de referência, após o atendimento.

2 METODOLOGIA

Para descrição do sistema de referência e contra-referência do SSC, foi realizada observação do atendimento nas unidades e visitas à unidade de internação durante duas semanas, o que possibilitou a escolha da metodologia do estudo.

A população deste estudo é composta pelos pacientes atendidos nestas unidades e que necessitaram de encaminhamento para outro nível de assistência. Para captar a amostra, foi elaborada uma ficha, que foi colocada em todos os consultórios, tendo sido solicitado aos técnicos que registrassem os encaminhamentos, anotando: a data do encaminhamento, o nome do paciente, o número do prontuário, a especialidade encaminhada, o serviço do encaminhamento e o técnico responsável pelo encaminhamento. Os encaminhamentos foram registrados de maio a dezembro nas unidades Floresta e Divina Providência e de agosto a dezembro na unidade Conceição.

Foram entrevistados 81 dos 95 pacientes encaminhados do primeiro nível. Não houve contato com os demais, pois 9 não moram na área, 3 não foram encontrados em

casa, um endereço não foi localizado e um prontuário, por ser muito antigo, não continha o endereço da família. Os pacientes que não foram encontrados em casa, foram procurados três vezes, em dias e horários alternados.

Como meio para a coleta dos dados, optou-se pela entrevista dos pacientes encaminhados no primeiro nível, através de visita domiciliar, após duas semanas do encaminhamento. Nesta visita, foram formuladas questões a fim de se saber se o paciente havia procurado o serviço para o qual havia sido encaminhado, se tinha sido atendido; em caso negativo, qual o motivo, e em caso positivo, qual o encaminhamento posterior recebido. Os instrumentos adotados para registro dos dados foram formulários semi-estruturados. Estes instrumentos foram testados através de um estudo-piloto.

Do prontuário do paciente, foram coletados outros dados, como: idade do paciente, problema que ocasionou a referência, outros problemas de saúde e endereço do paciente. Estes dados serviram para orientar o entrevistador durante a visita domiciliar.

Os dados foram analisados através da sua frequência simples.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O sistema de referência e contra-referência do SSC/GHC

O Grupo Hospitalar Conceição é um hospital de base, situado na zona norte de Porto Alegre. O Serviço de Saúde Comunitária deste hospital, foi criado em 1983, visando a aplicação de um modelo de cuidados primários de saúde. Este Serviço presta assistência de saúde a uma população de 40.000 habitantes que vive dentro de uma área geograficamente definida.

O Serviço de Saúde Comunitária está estruturado em três unidades: a. a Unidade Conceição; b. a Unidade Vila Floresta; c. a Unidade Divina Providência. O Serviço de Saúde Comunitária possui, além destas três unidades, uma área de Internação Hospitalar composta por 9 leitos em clínica médica. O atendimento à população é feito nas três unidades, sete dias por semana, das 8 às 20 horas.

As equipes de saúde das unidades são constituídas por médicos gerais comunitários, médicos residentes (primeiro e segundo ano), enfermeiras, dentistas e auxiliares de enfermagem. Além disto, o Serviço oferece campo de estágio para alunos de medicina do último ano. O Serviço também possui uma equipe de segunda linha, representada por quatro médicos internistas, um psiquiatra, um ginecologista, duas assistentes sociais e dois epidemiologistas. Cada médico geral comunitário é responsável por um determinado número de famílias, desenvolvendo atividades em ambulatório, internação hospitalar e trabalhos na comunidade.

A referência no Serviço é realizada da seguinte forma: os pacientes que necessitam atendimento especializado a nível ambulatorial, são encaminhados pelo médico responsável diretamente ao serviço requisitado, seja ele no Hospital ou em outra instituição.

Os pacientes que necessitam internação em clínica são encaminhados pelos médicos dos postos periféricos

ao médico internista, que fica responsável pelo paciente durante a fase de internação. Os pacientes da Unidade Conceição continuam sendo atendidos pelos médicos gerais comunitários durante a internação em clínica médica. Para internação em outras especialidades, não existe este vínculo, exceto na área cirúrgica, onde existe um médico que se responsabiliza pelos pacientes do Serviço de Saúde Comunitária. Este médico também é solicitado para avaliação dos pacientes no ambulatório. Este tipo de contato - informal - não existe em outras áreas do hospital, embora seja almejado pelo Serviço de Saúde Comunitária.

Quanto ao sistema de registro, relacionado ao sistema de referência, existe uma ficha de internação, onde são anotados dados do paciente e o motivo da internação. Há também uma nota de alta com especificação do diagnóstico, anamnese, tratamento, medicação prescrita na alta e destino do paciente, para registro da contra-referência no hospital.

3.2 Características da população referenciada

A população estudada é composta por 38 pacientes do sexo masculino e 57 pacientes do sexo feminino, com a seguinte distribuição etária: 12 pacientes com menos de 5 anos, 15 com idade de 5 a 14 anos, 40 de 15 a 44 anos, 23 de 45 a 64 anos e 5 com mais de 65 anos.

A demanda da população feminina representa 60% do total, sendo que grande parte (42,1%) dos pacientes encontra-se na faixa etária de 15 a 64 anos, dados estes que devem ser considerados na análise dos problemas de saúde.

3.3 Problemas de saúde encaminhados

Os problemas de saúde apresentados por essa população foram classificados segundo a "International Classification of Health Problems in Primary Care" e são: 1. doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos (15,8%); 2. doenças do sistema gênito-urinário (15,8%); 3. pele e subcutâneo (13,7%); 4. doenças do sistema circulatório (8,4%); 5. musculoesquelético e conjuntivo (8,4%); 6. doenças do sistema respiratório (7,4%); 7. gravidez, nascimento e puerpério (7,4%); 8. doenças do sistema digestivo (6,3%); 9. doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e distúrbios imunológicos (5,3%); 10. anomalias congênitas (4,2%); 11. doenças infecciosas e parasitárias (3,1%); 12. distúrbios mentais (2,1%); 13. condições originadas no período perinatal (1,05%); 14. acidentes, lesões, envenenamentos e violência (1,05%).

Nos encaminhamentos realizados pelos profissionais das unidades, prevaleceram os problemas do sistema nervoso e órgãos dos sentidos e os do sistema gênito-urinário. Estes dois grupos representaram mais de um terço dos encaminhamentos. Os problemas de pele e do subcutâneo foram motivos de encaminhamento em 13,7% dos casos, somando àqueles quase a metade dos motivos de encaminhamento.

Em estudo realizado em 1986 nesta unidade, os encaminhamentos foram registrados segundo a especialidade e observou-se que 12% dos pacientes encaminhados tinham problemas otorrinológicos, 10% problemas ginecológico/obstétricos e 7,9% problemas dermatológicos.

(GHC/SSC, 1986). Consultando os dados do presente estudo, foi possível agrupar os encaminhamentos segundo a especialidade e constatou-se que os problemas ginecológico/obstétricos representaram 15,8% dos motivos de encaminhamento, os problemas otorrinológicos 12,6% e os problemas dermatológicos 7,4%, sendo em ambos estudos estes os principais motivos de encaminhamento.

As especialidades para as quais os pacientes foram encaminhados foram: 1. cirurgia (14,7%); 2. otorrinologia (12,5%); 3. ginecologia (8,4%); 4. ortopedia (7,4%); 5. dermatologia (7,4%); 6. oftalmologia (6,3%); 7. neurologia (4,2%); 8. urologia (4,2%); 9. obstetrícia (3,1%); 10. internação hospitalar (3,1%); 11. traumatologia (2,1%); 12. pediatria (2,1%); 13. angiologia (2,1%); 14. emergência (2,1%); 15. proctologia (2,1%); 16. psicologia (2,1%); 17. endocrinologia (2,1%); 18. outros (14,3%).

Nas áreas de cirurgia, otorrinologia, ginecologia, ortopedia e dermatologia, a frequência dos encaminhamentos justifica a inserção de um ginecologista, um dermatologista e de um cirurgião na equipe de segunda linha da unidade, e aponta a necessidade assistência especializada nas áreas de otorrinologia e ortopedia. O estudo realizado em 1986 mostrou que 5,8% dos problemas na área de ortopedia necessitou de encaminhamento, o que reafirma a necessidade citada. (GHC/SSC, 1986). Por outro lado, o predomínio de mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos, parece estar justificando o percentual de encaminhamentos nas áreas de ginecologia (8,4%) e obstetrícia (3,1%).

Estas especialidades foram procuradas nas seguintes instituições: 1. Hospital Conceição (70,5%); 2. hospital A (12,6%); 3. INAMPS (3,2%); 4. hospital B (3,2%); 5. Banco de Olhos (2,1%); 6. hospital C (2,1%); 7. outros (6,3%).

Na análise dos dados foi possível identificar as especialidades procuradas nestas instituições. Para o hospital B, que é um hospital situado próximo ao primeiro e pertence ao mesmo grupo hospitalar, foram encaminhados todos os pacientes que necessitaram de atendimento especializado nas áreas de ortopedia e traumatologia. Na área de neurologia, os encaminhamentos foram feitos para o INAMPS, já que o Hospital Conceição não oferece atendimento nesta área.

Para o hospital B também foram encaminhados um terço dos pacientes que necessitou atendimento especializado em otorrinologia. Durante análise dos dados, observou-se que estes encaminhamentos partiram da mesma unidade. Comentando este fato com os médicos da unidade, estes relataram sua conduta de encaminharem seus pacientes a profissionais conhecidos, pois, de outra forma, aqueles são atendidos no segundo nível por estudantes de medicina, sem preparo e, muitas vezes, reencaminhados para o primeiro nível, sem solução do problema.

As demais instituições parecem ter sido indicadas devido ao grau de complexidade dos problemas de saúde apresentados pelos pacientes, exigindo atenção especializada, somente disponível nestas instituições.

3.4 Resultados relativos ao sistema de referência e contra-referência.

Foram entrevistados 81 dos 95 pacientes que foram encaminhados do primeiro nível. Dos 81 pacientes entrevis-

rados, 66 (70%) procuraram atendimento conforme encaminhamento e 15 (16%) ainda não havia procurado, no momento da visita domiciliar.

Um dos principais motivos que levou os pacientes a não procurar o atendimento conforme o encaminhamento, refere-se a uma situação que não preenche as exigências do INAMPS para assistência médica, provavelmente por falta de pagamento, no caso do trabalhador ser autônomo. Tal barreira, no entanto, já foi eliminada com a implantação do Sistema Único de Saúde, que tornou a assistência universal há cerca de um ano; porém o estudo mostra que parte da população ainda não tomou conhecimento deste fato.

Outros motivos também foram alegados pelos pacientes para não procurarem atendimento especializado. Um paciente, que referiu não estar com a contribuição do INAMPS em dia, relatou, na visita domiciliar, que tinha receio de que lhe fosse diagnosticada a mesma doença da mãe. Outro paciente que foi encaminhado para tratamento de alcoolismo e alegou falta de tempo, não procurou atendimento, provavelmente por subestima ou negação do problema. Estes argumentos podem estar relacionados com uma resistência dos pacientes em buscar os serviços de saúde como alternativa para seus problemas de saúde, seja por medo da doença ou do tratamento, ou por uma percepção de gravidade do problema, que não exigiria assistência especializada. Nestes casos, bem como naquele em que o paciente referiu estar assustado com a possibilidade de cirurgia, parece ter havido necessidade de maior preparo para o encaminhamento.

Foram atendidos 51 (77%) dos 66 pacientes que procuraram atendimento, conforme encaminhamento. Os principais motivos para o não atendimento dos pacientes relacionam-se com problemas das instituições, tendo sido as greves responsáveis por 40% destes motivos. Alguns pacientes desistiram frente à exigência de uma longa espera para conseguir consulta, como relatou uma paciente: "pois que esperei uma hora e meia na fila, veio uma funcionária avisar que não tinha mais ficha".

Outros marcaram consulta, mas não compareceram. Um paciente, encaminhado ao serviço de proctologia, relatou que procurou o serviço mas não conseguiu marcar hora, porque não entendeu como funcionava a marcação de consultas. Discutindo o caso com os médicos da unidade, levantou-se a possibilidade de haver receio deste paciente em consultar nesta especialidade, pois outros pacientes para lá encaminhados queixam-se freqüentemente de atendimento frio e impessoal, o que poderia ter chegado ao conhecimento do paciente.

Queixas do atendimento também foram relatadas por outros pacientes. Uma paciente encaminhada para internação cardiológica referiu que não lhe deixaram falar, nem permitiram que sua mãe a acompanhasse. Além disso, houve mudança na conduta médica, pois a paciente não foi internada, tendo sido medicada e encaminhada para casa. Outro paciente, encaminhado para internação clínica, não foi atendido por falta de leitos; diz ter percorrido outros hospitais por três dias e que só conseguiu ser internado depois de pedir ajuda a um amigo médico. Também por falta de leitos, outra paciente foi atendida na emergência do Hospital Conceição e encaminhada para casa. Chama a

atenção neste estudo o fato de que dos três pacientes encaminhados para internação, dois terem relatado problemas no atendimento.

Analisando nos questionários o tempo decorrido entre a procura do serviço e o atendimento, observou-se que as especialidades onde houve maior demora foram a traumatologia (até 32 dias), a oftalmologia (até 30 dias), a proctologia (até 24 dias) e a ortopedia (até 17 dias). Porém, o tempo de espera foi variável, tendo alguns pacientes sido atendidos em espaço mais curto de tempo. Na área da ginecologia, todos os pacientes conseguiram atendimento em três ou quatro dias, exceto uma, que queixou-se da demora (21 dias), pois achou que ia fazer exame no mesmo dia. Outros pacientes porém, acharam que tiveram o atendimento facilitado, conforme os relatos: "é bom porque eles mandam daqui com um papel e logo a gente consegue", e "o médico foi até lá comigo e nós furamos a fila".

Com relação à contra-referência, o que se observou foi que muitos pacientes (28) ainda estavam sendo atendidos no mesmo nível para o qual haviam sido encaminhados, no momento da entrevista, não se podendo avaliar a qualidade da contra-referência, portanto. Entre os demais, houve contra-referência em oito casos, metade por escrito e metade através de contato pessoal com o médico do 1 nível. Em 14 casos não houve contra-referência para o 1 nível de assistência. Um dos médicos do 2 nível, explicou ao paciente que não estava mandando a contra-referência por estar com muito movimento no consultório. Em outro caso, a responsabilidade ficou com o paciente: eu vou lá no posto dar uma resposta prá doutora que ela pediu".

Em alguns casos, observou-se que a ausência da contra-referência prejudicou a continuidade do tratamento. Uma paciente, por exemplo, foi atendida conforme o encaminhamento, mas não estava usando a medicação prescrita no 2 nível, até o momento da visita. Outra paciente foi atendida e mandada para casa, pois segundo o médico a criança não tinha nada. Tendo procurado novamente o 1 nível, foi confirmada a necessidade daquele encaminhamento, que foi feito para outra instituição.

4 CONCLUSÕES

A população estudada é composta em sua maioria por mulheres (60%), estando grande parte destas na faixa etária entre 15 e 64 anos.

Os problemas de saúde apresentados por esta população constituem-se basicamente das doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos, doenças do sistema genito-urinário e de pele e sub-cutâneo.

As áreas para as quais os encaminhamentos foram mais freqüentes foram a cirurgia, a otorrinologia, a ginecologia, a ortopedia e a traumatologia.

Os encaminhamentos foram realizados em grande parte para o Hospital Conceição. Também serviram de referência a rede do INAMPS, o Banco de Olhos e outros hospitais e serviços da comunidade.

Dos 81 pacientes entrevistados, 66 (70%) procuraram atendimento conforme encaminhamento. Os principais motivos alegados pelos demais pacientes para não procura do atendimento conforme encaminhamento referem-se a falta de pagamento da contribuição ao INAMPS, falta de tempo e

melhora da sintomatologia.

Foram atendidos 51 (77%) dos 66 pacientes que procuraram atendimento conforme encaminhamento. Os principais motivos para o não atendimento dos pacientes foram as greves no Hospital Conceição e no INAMPS.

As especialidades onde houve maior demora no atendimento foram a traumatologia (até 32 dias), a oftalmologia (até 30 dias), a proctologia (até 32 dias) e a ortopedia (até 17 dias).

Houve contra-referência em oito casos, metade por escrito e metade através de contato pessoal com o médico do 1 nível. Em 14 casos não houve contra-referência. Os demais não puderam ser avaliados, pois o paciente ainda estava sendo atendido no mesmo nível para o qual havia sido encaminhado no momento da entrevista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde e da Previdência Social. *Resolução Ciplan N 03/81*. Brasília, 1981.
- 2 GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de saúde comunitária. Equipe de epidemiologia. *Diagnóstico de comunidade*. Porto Alegre, 1986. Mimeogr.
- 3 OMS-UNICEF. *Cuidados primários de Saúde: Conferência de Alma-Ata*. Alma-Ata, URSS, 1979.
- 4 SALUD PARA TODOS. *Glosario de términos empleados en la serie "salud para todos"*. Ginebra: OMS, N. 1-8, 1984.
- 5 WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS (WONCA) - ICHPPC - 2. *International classification of health problems in primary care*. Oxford: Oxford University Press, 1979.

Endereço do autor: Regina Rigatto Witt
Author's address: Rua São Manoel, 963
90.620 - Porto Alegre - RS.

Trabalho recebido em: 10/09/91
Solicitado reformulação a autora em: 29/10/91
Data de retorno em: 21/10/91
Aprovação final em: 21/01/92