

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO – UNIFENAS

Mestrado em Saúde

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA
REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA DE
CONSULTAS ESPECIALIZADAS NO SISTEMA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALFENAS-MG**

LUDMILA BARBOSA BANDEIRA RODRIGUES

Alfenas/MG
2009

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO – UNIFENAS

Mestrado em Saúde

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA
REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA DE
CONSULTAS ESPECIALIZADAS NO SISTEMA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALFENAS-MG**

LUDMILA BARBOSA BANDEIRA RODRIGUES

Dissertação apresentada à Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Frederico Loiola
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

Alfenas/MG
2009

Rodrigues, Ludmila Barbosa Bandeira.

Avaliação da Implantação da Referência e Contra-referência de Consultas Especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas-MG/ Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues. - - Alfenas: UNIFENAS, 2009.

103 f.

Orientador: Prof. Dr.Carlos Frederico Loiola

Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS, Programa de Pós-graduação.

Referências bibliográficas: f. 104.

1.Sistema Único de Saúde. 2. Referência e Consulta. 3. Saúde Pública – Dissertação. I. Loiola, Carlos Frederico. II. Universidade José do Rosário Vellano. III. Título

CDU: 616(043)

LUDMILA BARBOSA BANDEIRA RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REFERÊNCIA E
CONTRA-REFERÊNCIA DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS
NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALFENAS-MG**

Aprovada em: Alfenas, 11 de Dezembro de 2009.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Carlos Frederico Loiola (Orientador)
Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS

Prof^a. Dr^a. Mirian Monteiro de Castro Graciano
Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS

Prof^a. Dr^a. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL

“Quando amamos e acreditamos do fundo de nossa alma, em algo, nos sentimos mais fortes que o mundo, e somos tomados de uma serenidade que vem da certeza de que nada poderá vencer nossa fé. Esta força estranha faz com que sempre tomemos a decisão certa, na hora exata e, quando atingimos nosso objetivo, ficamos surpresos com nossa própria capacidade”.

Paulo Coelho

Dedico este trabalho a minha amada família; papai Miguel Afonso: amigo leal e eterno educador; mamãe Wanilda: exemplo de vida, força e coragem; meus irmãos: Sandra, Sandro, Glícia, Thaís, Mara, Xande e Lincon!: companheirismo e amizade e meu Amado Guilherme: Amor e paciência.

Dedico a eles mais essa vitória, pois foram esteio e estímulo nos momentos difíceis e alegres dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

“Grande parte de nossas conquistas são conseguidas através de nossos esforços pessoais, de uma luta diária em busca de perfeição, de idéias e de atitudes, mas, em meio ao nosso caminho, nos deparamos com grandes dificuldades e angústias, que só não nos faz parar, devido à sua força e seu coração”.

Agradeço primeiramente a **DEUS**, por iluminar sempre o meu caminho com muita saúde, paz e sucesso na vida profissional, dando-me tranqüilidade para que eu pudesse ir à busca desta realização, deste sonho. E agradeço também todos os momentos, especialmente naqueles em que tudo parecia perdido e inatingível.

Aos meus pais Miguel e Vanda, por minha formação, carinho e orientação.

Ao meu namorado Guilherme pela compreensão e amor dedicados a mim.

Aos meus grandes AMIGOS Antônio e Fábio, pela valiosa colaboração e amizade.

Ao Orientador Professor Carlos Frederico Loiola, pelo seu apoio, compreensão e estímulo para a realização de mais este ideal.

A Co-orientadora Professora Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá, pela orientação, críticas construtivas, incentivo e ensinamentos demonstrados durante o decorrer deste trabalho.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde pela contribuição, eles não mediram esforços em fornecer materiais necessários para esta confecção. Meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE TABELAS

Tabela1–Percentual, segundo sexo, de usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG	47
Tabela 2 – Percentual, segundo faixa etária, de usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG	48
Tabela 3 – Percentual de usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG	49
Tabela 4 – Percentual de usuários atendidos nas unidades de origem e encaminhados às unidades de especialidades, no período de 01 de dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG	50
Tabela 5 – Percentual de solicitação, por tipo de exame, de apoio diagnóstico solicitado aos usuários atendidos nas unidades de origem, no período de 01 de dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG	51
Tabela 6 – Percentual de solicitação, por tipo de exame, de apoio diagnóstico solicitado aos usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG	52
Tabela 7 – Percentual de atendimento de usuários por especialidades referenciadas, no período de 01 de dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG	54
Tabela 8 – Percentual de diagnóstico por CID 10, dos usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de dezembro a 10 de Julho de 2008 Alfenas-MG	56
Tabela 9 – Percentual de continuidade do tratamento por unidade, dos usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG	57
Tabela 10 – Relação percentual entre CID 10 e continuidade do tratamento por unidade, dos usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG	58
Tabela 11- Cobertura assistencial de consultas médicas por período de 2006 a 2008, segundo os parâmetros da Portaria 1101/02 do Ministério da Saúde, Alfenas- MG, 2008.....	59
Tabela 12 – Distribuição percentual dos médicos, segundo as especialidades, Alfenas-MG, 2008..	62

Tabela 13 - Distribuição percentual da avaliação dos profissionais médicos referente à ficha de encaminhamento para consultas especializadas utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.....65

Tabela 14 – Distribuição percentual dos escores das respostas dos médicos referente à ficha de encaminhamento para consultas especializadas utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.....67

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CIB – Comissões Intergestores Bipartite
- CID-10 – Código Internacional de Doenças
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- GRS – Gerência Regional de Saúde
- IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões
- IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- MS – Ministério da Saúde
- NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
- NOB – Norma Operacional Básica
- PAB – Piso de Atenção Básica
- PDAPS – Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde
- PPI – Programação Pactuada e Integrada
- PSF – Programa de Saúde da Família

SCA – Serviços de Controle e Avaliação

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UBS – Unidades Básicas de Saúde

USF – Unidades de Saúde da Família

RESUMO

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira. **Avaliação da Implantação da Referência e Contra-Referência de Consultas Especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas-MG**. Orientador: Carlos Frederico Loiola. Alfenas: UNIFENAS, 2009. Dissertação de Mestrado em Saúde.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da promulgação da Constituição Federal de 1988, o processo de construção da regionalização e da hierarquização da saúde estabelece a necessidade de se criarem mecanismos que garantam a articulação entre os serviços de saúde, visando a estabelecer nele um fluxo de usuários, num processo dinâmico e flexível, denominado de referência e de contra-referência. Este estudo teve como objetivo avaliar a implantação de um mecanismo formal da referência e de contra-referência em consultas especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas- MG, a partir da experiência vivenciada na prática. Trata-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo e exploratório, do tipo epidemiológico de delineamento transversal. Num primeiro momento, foi realizada uma revisão histórica sobre o processo de construção do Sistema Único de Saúde – SUS - e o significado do sistema de referência e de contra-referência nesse contexto. Em seguida, foi realizada a etapa de coleta de dados, em que se utilizou a ficha de encaminhamento para consultas especializadas proposta pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas – MG e a aplicação de questionários aos profissionais médicos. Os resultados obtidos permitem inferir que, sob os princípios organizativos do SUS, o sistema de referência e de contra-referência de consultas especializadas é ainda incipiente. Entretanto, a maioria dos profissionais médicos concorda com a necessidade de sua implantação por meio de um sistema informatizado para a socialização das informações sobre o atendimento prestado ao usuário nos diferentes pontos de atenção e para agilizar o fluxo e contra fluxo do usuário na rede de atenção à saúde.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde, Referência e Consulta, Saúde Pública

ABSTRACT

Since the creation of the Unified Health System, through the promulgation of Brazilian Federal Constitution in 1988, the building process of regionalization and prioritization of health states needs to create mechanisms to ensure coordination between health services in order to establish it as a flow of users in a flexible and dynamic process, called the reference and counter reference. This study aimed to evaluate the implementation of the reference and counter-reference in specialized clinics of the Municipal Health System at Alfenas-MG, from the experience of the practice. This is a qualitative and quantitative descriptive study of the epidemiological type of cross-design. Initially, a review was conducted on the historical process of building the Unified Health System - SUS and the meaning of the reference system and counter-reference in this context. Next step was performed to collect data which used the chips to the routing specialist appointments used by the Municipal Health Department of Alfenas – MG and the questionnaires to medical professionals. The results allowed to infer that, although under the organizing principles of SUS, the system of reference and counter reference, is still immature. However, the majority of the medical professionals agree to the necessity of its implantation by means of a computerized system for the information socialization of the attendance given to the user on different attention points and to speed the flow and reverse-flow of the user in the health attention net.

Keywords: Single Health System, Reference and Consultation, Public Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	JUSTIFICATIVA.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1	Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil.....	24
3.2	Organização atual do sistema de saúde brasileiro.....	29
3.3	Regulação, controle, avaliação.....	34
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	Delineamento do estudo.....	39
4.2	Formulação do problema, hipóteses e variáveis.....	41
4.3	Procedimentos de coleta de dados.....	43
4.4	Análise estatística.....	45
4.5	Aspectos éticos.....	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
5.1	Caracterização da clientela.....	46
5.2	Entrevista aos profissionais médicos.....	62
5.3	Concepções e sugestões dos médicos em relação à implantação do formulário de referência e contrarreferência no sistema municipal de saúde de Alfenas – MG.....	68
5.1.1	Respeito e Ética profissional.....	69
5.1.2	Capacitação e Educação Permanente.....	71
5.1.3	Resolubilidade e Integralidade das Ações.....	75
5.1.4	Financiamento e Maior Demanda por Especialidade.....	78
5.1.5	Protocolos.....	80
5.1.6	Referência e contra-referência.....	82
6	CONCLUSÕES.....	85
	REFERÊNCIAS.....	89
	AXENO A – Ficha de encaminhamento para Consultas Especializadas.....	97

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	98
APÊNDICE A – Escala de avaliação para os profissionais médicos da rede básica e especializada sobre a implantação da ficha de encaminhamento para consultas especializadas.....	99
APÊNDICE B – Carta de solicitação de autorização.....	101
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	102

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, muitos foram os problemas levantados relacionados à saúde, o que desencadeou marcantes transformações no sistema de saúde brasileiro, principalmente nas duas últimas décadas.

Um dos marcos mais importantes dessas transformações ocorreu em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, e regulamentação pela Lei orgânica de Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), em que foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinado que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Os princípios do SUS se dividem em duas ordens distintas, mas inter-relacionadas: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos (BRASIL, 1988).

Os princípios éticos/doutrinários estabelecidos são:

- . Universalidade dos serviços – acesso à saúde, como direito público subjetivo, integrante dos direitos de cidadania (SAITO, 2004);

- . Equidade - compreendida como o reconhecimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde, quer regionais ou individuais, com o desenvolvimento das ações objetivando a justiça social, isto é, que reduzam a exclusão e beneficiem, prioritariamente, aqueles que possuem piores condições de saúde (BARATA, TANAKA e MENDES, 2004);

- . Integralidade da assistência – direito de as pessoas serem atendidas na íntegra, em suas necessidades. Entendia-se como integralidade um 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 (BRASIL, 1990a).

Dos princípios organizacionais/operativos:

- Descentralização de ações e serviços de saúde - com direção única em cada esfera de governo e ênfase na municipalização (BARATA, TANAKA e MENDES, 2004);

- Participação da população na formulação e acompanhamento das políticas do sistema (BARATA, TANAKA e MENDES, 2004);

- Resolubilidade – capacidade do serviço para enfrentar e resolver, até o nível de sua competência, um problema de impacto coletivo sobre a saúde ou a busca de atendimento pelo usuário (BRASIL, 1990a);

- Regionalização e hierarquização da rede de serviços assistenciais – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida (SAITO, 2004).

A regionalização e a hierarquização da rede, fundamentadas na distribuição espacial dos serviços para atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade, exigem ações articuladas entre os Estados e os Municípios e a inserção dentro dos princípios organizativos do SUS (BRASIL, 1990a). O objetivo desses princípios organizativos é facilitar o acesso aos serviços em todos os níveis e sem burocracia (BRASIL, 1990b).

Nesse processo de construção da regionalização e da hierarquização da saúde, há necessidade de se criarem instrumentos/mecanismos para direcionar os serviços e garantir a articulação entre os serviços de saúde dos diferentes municípios/bairros, num processo dinâmico e flexível, denominado de referência e

de contra-referência, visando a estabelecer nele um fluxo de usuários (DISTRITO SANITÁRIO, 2008).

Esta necessidade se impõe à medida que se acredita ser um mecanismo que contribua para o alcance da equidade, do controle da qualidade, da oportunidade e pertinência dos procedimentos assistenciais do SUS (DISTRITO SANITÁRIO, 2008).

A referência é definida como o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. Já a contrarreferência, como o ato de encaminhamento de um paciente para o estabelecimento de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência (BRASIL, 1990b).

Alfenas, cidade localizada no sul do Estado de Minas Gerais, pertencente à mesorregião do Sudoeste Mineiro e microrregião de Furnas, tem uma população geral estimada em 75.000 habitantes em 2009 (IBGE, 2009), habilitada em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 1998, classificada como sede macrorregional, microrregional e pólo assistencial, conta hoje com uma complexa rede de serviços de saúde. Possui doze equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), seis unidades básicas de saúde (UBS), quatro ambulatórios de especialidades e quatro hospitais, sendo um filantrópico, um universitário e dois privados.

Diante disso, a Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas, após estudos sobre a cobertura assistencial aos usuários do SUS (GOYATÁ *et al.*, 2009), implantou em dezembro de 2007, um mecanismo de referência e de contrarreferência para consultas especializadas, formalizado entre as diversas instituições prestadoras de saúde do município.

O interesse em desenvolver este estudo surgiu do fato de considerar o sistema de referência e de contrarreferência um dos pontos fundamentais para o fortalecimento do SUS, uma vez que é a partir da sua estruturação, que se torna possível o encaminhamento de usuários aos diversos níveis de atenção e o retorno desses aos serviços de saúde de origem para tratamento, recuperação e acompanhamento (JULIANI e CIAMPONE, 1999).

Acredita-se que estudos sobre essa temática possam contribuir para a reflexão e o aprofundamento do conhecimento sobre a política de gestão municipal do SUS.

Com tudo este trabalho pretende-se avaliar a implantação de um mecanismo formal de referência e de contrarreferência de consultas especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas - MG. Caracterizando os usuários atendidos em consultas especializadas, encaminhados pelas unidades de saúde da atenção primária, segundo o sexo e a idade. Identificando as unidades prestadoras de serviços de saúde especializadas e a data de atendimento dos usuários nessas unidades, bem como os diagnósticos médicos dos usuários atendidos em consultas especializadas no mesmo período e as unidades prestadoras de serviços de saúde de origem e a data de atendimento dos usuários nessas unidades os tipos de exames de apoio diagnóstico realizados pelos usuários nas unidades de origem e de referência. Analisando a cobertura assistencial das consultas especializadas realizadas no período 2006 a 2008, de acordo com a Portaria 1.101/02 do Ministério da Saúde e classificar os escores de pontuação da escala de avaliação da implantação do sistema de referência e de contrarreferência das consultas médicas especializadas aplicadas em profissionais médicos da rede básica e dos ambulatórios de especialidades. E finalmente analisar qualitativamente as sugestões

dos profissionais médicos de melhoria do mecanismo formal de referência e de contrarreferência das consultas especializadas com vistas à otimização dos processos de trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

O conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana (ASSIS, VILLA e NASCIMENTO, 2003).

Nesse sentido, o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa (ASSIS, VILLA e NASCIMENTO, 2003).

O Sistema de Saúde brasileiro, que a partir da década de 80 passou a enfatizar os princípios de regionalização em suas políticas, encontra-se em um grau de organização ainda precário, incapaz de garantir a continuidade da assistência, o que gera duplicação de trabalho e custos, além de transtornos para os usuários (JULIANI e CIAMPONE, 1999).

O acesso aos serviços de saúde permanece um dos problemas mais graves de nossa sociedade. A falta de uma estrutura eficiente, a escassez de recursos para a saúde e os investimentos insuficientes em hospitais, profissionais e tecnologia são sem dúvidas os principais fatores que justificam a atual situação. Todavia é preciso salientar que o acesso equitativo, justo e universal aos serviços de saúde deve ser uma preocupação constante não só do governo como de todos os profissionais de saúde (SARMENTO JUNIOR, TOMITA e KOS, 2005).

Os princípios organizativos de regionalização e da hierarquização de serviços são imprescindíveis para a racionalização do sistema. Ainda hoje, os serviços de saúde, públicos e privados, não trabalham de maneira integrada, mas isoladamente, sem o estabelecimento de referências formais e exigindo da própria população o exercício de descobrir onde obter o atendimento de que necessita (BARATA, TANAKA e MENDES, 2004).

A elaboração e a operacionalização de modelos capazes de monitorar os processos concretos de reorganização das práticas de saúde, suas relações com as necessidades de saúde da população, bem como as possíveis modificações ocorridas no nível de saúde das mesmas, constituem-se em requisitos para a afirmação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (SILVA e FORMIGLI, 1994).

Nesse contexto, a formulação de estratégias para facilitar o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, organizados de modo regionalizado, constitui também requisito para o fortalecimento do SUS (ARRETCHE, 2003).

Mendes (2009) tem proposto um sistema regionalizado, contrapondo ao fragmentado e hierarquizado, organizado em uma rede de atenção à saúde, sendo os serviços de saúde especializados partes integrantes dessa rede. Assim, a estruturação e a organização dos fluxos e contrafluxos de atenção, entre eles o nível secundário, é fundamental para o acesso aos usuários aos diferentes pontos de atenção do sistema de acordo com as suas necessidades de saúde.

Em relação à regulação formal do sistema de saúde, Cecílio (1997) e Silva (2005) afirmam que a regulação de consultas especializadas e de urgências/emergências tem se constituído como uma das áreas mais problemáticas do SUS no Brasil. Isto por que a rede básica de serviços de saúde não tem

conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde no âmbito do SUS. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais públicos ou privados, por meio dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios de especialidades (CECÍLIO, 1997).

Atesta isso o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total realizado nas UBS. Os prontos-socorros sempre lotados são a imagem mais expressiva desta situação (CECILIO, 1997).

A desestruturação dessa organização dos serviços ocasiona a utilização do sistema fora da organização hierárquica, superlotando, principalmente, o nível terciário (KISIL, 1977, FÁVERO, 1986 e SANTOS, 2002).

Segundo Silva (2005), cabe aos gestores de saúde nas três esferas de governo, estabelecer mecanismos de regulação coerentes com a disponibilidade de recursos e com o contingente de usuários a atender. Diante disso, a Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas iniciou, em dezembro de 2007, um processo de implantação de um mecanismo formal de referência e de contrarreferência da atenção primária para o nível secundário de assistência por meio da formalização e da padronização de um formulário de encaminhamento do usuário do SUS para as consultas especializadas e o seu retorno à unidade de origem.

Além dos potenciais ganhos na qualidade da atenção à saúde prestada à população, com a organização do acesso dos usuários do SUS ao nível secundário de atenção à saúde e a continuidade de seu acompanhamento e tratamento na atenção primária, espera-se que a avaliação do mecanismo de referência e de contrarreferência contribua para a adequação das ações gerenciais, na implementação do sistema de referência e contrarreferência do SUS - Alfenas, bem

como para a organização dos serviços, a estruturação de um banco de dados, contendo informações fundamentais para o planejamento/programação e a avaliação dos serviços de saúde (CARVALHO e CAMPOS, 2000).

É importante registrar que estudos sobre a implantação de mecanismos formais de referência e de contrarreferência no SUS no Brasil são escassos e a realização desta pesquisa poderá contribuir para o debate acerca dessa temática no cenário das políticas públicas de saúde, em particular na esfera municipal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Para Mendes (1994), o sistema de saúde brasileiro transitou, no século XX, do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, nos anos 1980, ao projeto neoliberal. No início do século, visava-se apenas ao controle de doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas (JULIANI e CIAMPONE, 1999).

A década de 1920 marca a instituição, no Brasil, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), para trabalhadores do setor privado, a primeira modalidade de seguro. Seu caráter assistencialista elegeu como população alvo os grupos assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados, mas fragilizou a classe pobre pelos seus traços de dependência ou de desconhecimento político (ANDRADE, 2001).

Posteriormente às CAPs, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias organizadas por categorias profissionais e não por empresas. Até a década de 1960, os trabalhadores formais, vinculados aos IAPs, tinham assistência à saúde prestada por hospitais próprios ou por instituições conveniadas (SAITO, 2004).

Na década de 1960, o sistema previdenciário mostrava-se incapaz de responder à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços. Entretanto, em todos os países elevavam-se extraordinariamente os custos de assistência à saúde, com maior utilização de

medicamentos, serviços diagnósticos e de equipamentos médicos, tendo o hospital como centro da prestação de serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A crise financeira do Sistema Previdenciário justificou a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1969. O crescente papel do Estado como regulador da sociedade, o privilegiamento do setor privado e a extensão da cobertura previdenciária, marcaram esse período (BRASIL, 2006).

As políticas nos anos 70, segundo Mendes (1994), construíram as bases da hegemonia do modelo médico-assistencial privatista que se assenta no seguinte tripé: o Estado como financiador por meio da Previdência Social, o setor privado nacional como o maior prestador de serviços e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

Em 1977, a persistência da crise promove um movimento burocrático administrativo que tenta reordenar o sistema, dividindo as atribuições da Previdência em órgãos especializados. Cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) congregando o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 2006).

Em 1983, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que previam o financiamento dos serviços públicos de saúde e integração institucional, em que o INAMPS passou a comprar serviços da rede estadual e municipal, mediante faturamento. As AIS criaram os instrumentos de gestão colegiados e as comissões interinstitucionais, com o papel de coordenação do sistema. A incorporação da assistência médica levou à nova concepção de assistência pública

de saúde, preconizando o que deveria acontecer a partir de 1987 com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (BRASIL, 2006).

Para Almeida Junior e Costa Junior (2006), as AIS representaram um movimento de estímulo à municipalização, o SUDS representou uma re-centralização nas mãos das Secretarias Estaduais de Saúde.

Em 1988, o setor da saúde vivenciou um momento singular na sua história. A Assembléia Nacional Constituinte criou o SUS, dentro dos preceitos indicativos do movimento da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo reproduzido nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais (BRASIL, 2006).

O início dos anos 1990 foi marcado pela substituição da visão de menos valia da saúde coletiva por um novo arcabouço jurídico, composto pelas constituições Federal e Estaduais, pelas Leis Orgânicas Municipais e pelas Leis nº 8080 e nº 8142 (MENDES,1994).

A partir da V Conferência Nacional de Saúde (1975) já se recomendava a regionalização de serviços hierarquizados em complexidade crescente, o que foi reforçado na VI e VII Conferências. Contudo na VIII Conferência Nacional de Saúde, o direito à saúde foi elevado à condição de responsabilidade do Estado, sendo previsto o acesso universal em todos os níveis de atenção. Tanto a regionalização como a hierarquização dos serviços foram apresentados como princípios da nova política da saúde (CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE 1978, 1980, 1986, 1992).

Após as leis orgânicas da saúde, foram implantadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) que vieram normalizar o processo de descentralização e organização do SUS. A NOB/91 ainda manteve a gestão muito centralizada e colocava os municípios na condição de gerentes (BRASIL, 2006).

Com a NOB/93 iniciou-se o processo de municipalização e de habilitação dos municípios em três tipos de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Os municípios, principalmente os semiplenos, passaram à condição de gestores dos sistema de saúde municipal, recebendo os recursos federais por meio de transferências regulares e automáticas no Fundo Municipal de Saúde. Nesse período, foram constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) em nível estadual e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em âmbito federal, como instâncias colegiadas de decisão (BRASIL, 2006).

Com a NOB/96 os municípios passaram a ter duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. O impacto dessa norma para o SUS foi significativo à medida que implantou o Piso de Atenção Básica (PAB), que passou a financiar a atenção básica com pagamentos per capita e não mais por procedimentos realizados. Essa norma propôs a realização de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2006).

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, em especial as NOB 93 e 96, promoveu uma integração de ações entre as três esferas de governo e desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados, principalmente para os municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentrados no governo federal (BRASIL, 2006).

Em 2001, foi elaborada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) que, com base nos pressupostos da NOB/96, preconizava as estratégias para a regulamentação da assistência. Esta norma propôs uma forma de regionalização, organizando os municípios em módulos e microrregiões de saúde, cada qual ofertando serviços com determinado nível de complexidade, de maneira a

facilitar o acesso dos usuários. Propôs, também, a ampliação de financiamento per capita para algumas ações de média complexidade e ampliação do elenco de ações básicas em saúde (BRASIL, 2006).

Transcorridas duas décadas da institucionalização do SUS, sua implementação evoluiu muito, especialmente em relação aos processos de descentralização das ações e dos serviços de saúde, aumentando os desafios da gestão a fim de superar a fragmentação das políticas e dos programas de saúde através da formação das redes regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços de saúde e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006).

Diante dessa necessidade, o Ministério da Saúde, em conjunto com o CONASS e CONASEMS, firmou o Pacto pela Saúde 2006, composto pelos Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, acordando responsabilidades entre as três esferas de gestão do SUS, que têm como base as seguintes diretrizes: Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2009).

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e defender vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal (BRASIL, 2009).

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo para o

fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2009). Assim, em relação ao arcabouço jurídico-constitucional o mecanismo de referência e de contrarreferência abarca o processo de regionalização, planejamento/programação, regulação e trabalho e educação em saúde do Pacto pela Gestão.

3.2 ORGANIZAÇÃO DO ATUAL SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A proposta de regionalização no âmbito do setor saúde teve início na década de 1920, na Inglaterra, onde foi publicado um informe, no qual recomendava-se que os centros primários de saúde atuassem sob a supervisão de centros secundários, sendo coordenados por uma unidade hospitalar de ensino. No Brasil, o princípio de regionalização e de hierarquização dos serviços de saúde já estava previsto no PREV-SAÚDE (JULIAN e CIAMPONE, 1999).

Para Lobo (1986), o princípio de regionalização pressupõe assegurar a cobertura assistencial, ou seja, definir os serviços responsáveis pelo atendimento à população.

A cobertura assistencial é determinada pela complexidade do sistema de saúde, que, por sua vez, é hierarquizada segundo os níveis de prestação de serviços de saúde (BRASIL, 1987).

Assim, o sistema de saúde brasileiro se organiza sob a lógica de hierarquização e regionalização dos serviços, partindo do nível básico de atenção para os níveis de maior complexidade (SAITO, 2004).

A hierarquização dos serviços segundo sua complexidade nos diferentes níveis de atenção são classificados em primários, secundários ou terciários (SAITO, 2004).

Para Menezes (1998), dois aspectos são fundamentais no processo de hierarquização:

a) A densidade tecnológica dos diferentes níveis que credencia com maior ou menor suficiência para a resolução de problemas, e;

b) O mecanismo formal administrativo de referência e de contrarreferência que pressupõe um movimento no mínimo bidirecional de pacientes e informações.

O Ministério da Saúde caracteriza o nível primário de atenção à saúde como a porta de entrada do sistema de saúde. É formado pelos Postos de Saúde, Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde, que são responsáveis pelo atendimento imediato, sem burocracias e com maior resolubilidade possível, cabendo-lhes, ainda, o papel de orientar seus usuários para acompanhamento nos demais níveis do sistema (BRASIL, 1990c).

O nível primário é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (BRASIL, 1987).

Já o nível secundário caracteriza-se por ambulatórios que prestam serviços especializados, cuja clientela seletiva já foi referida pelos postos e centros de saúde ambulatoriais para os quais devem retornar os usuários após a realização da consulta especializada ou tratamento (COHN e ELIAS 2003).

O nível secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (BRASIL 1987).

No nível terciário, os cuidados são prestados em hospitais gerais ou centros médicos complexos, que requeiram alto grau de especialização dos recursos humanos e propedêuticos, bem como tratamentos sofisticados (COHN e ELIAS 2003).

O nível terciário caracteriza-se pela capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (BRASIL 1987).

A hierarquização dos serviços, por níveis de complexidade e capacidade resolutiva crescente dos serviços de saúde, ancora-se na premissa da necessidade de integração das ações de saúde, procurando evitar demanda desigual e duplicidade de serviços que contribuem para o desperdício e encarecimento da atenção à saúde (FAVERO, 1986).

Isso demonstra a necessidade de esforços dirigidos a lutas cotidianas por um novo modelo que priorize a promoção da saúde, e que também possa dar conta da demanda por atendimento à doença com mudanças inovadoras que reorientem as políticas de saúde e a organização dos serviços (públicos e privados) (ASSIS, VILLA e NASCIMENTO, 2003).

Entre os desafios a serem enfrentados, a saúde assume papel de grande importância para o município de Alfenas. Esse município é referência para tratamento dos mais variados agravos à saúde, que possam atingir a saúde da população, oferecendo serviços de apoio diagnóstico e de tratamento de média e alta complexidade. Por isso, atende aos usuários de outras cidades para tratamento, sendo referência para uma população em torno de 500.000 habitantes.

No ano de 1998, o município de Alfenas iniciou o seu processo de descentralização da saúde quando a Secretaria Municipal de Saúde adotou as

diretrizes do SUS, optando pela habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), assumindo a gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS.

Alfenas adotou como estratégia de municipalização, na atenção primária, o Programa de Saúde da Família (PSF). Este conta hoje com 12 equipes de PSF, sendo uma itinerante, que atende a zona rural, o que representa em torno de 52% de cobertura populacional.

Possui ainda seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais funcionam como referência para a população proveniente dos PSFs e para a população que não é coberta pelo PSF.

O documento que norteia a implantação do PSF estabelece que cada Unidade de Saúde da Família irá determinar a área de abrangência da Unidade de Saúde e fará o cadastramento das pessoas e famílias adstritas na área. A equipe mínima se comporá de um médico generalista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco ou mais agentes comunitários de saúde (ACS) (SAITO, 2004).

O município de Alfenas acrescentou a essa equipe mínima, um dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD), um fisioterapeuta e um atendente de farmácia.

O nível primário compreende, portanto, os atendimentos prestados pelas unidades de saúde da família (USF) e unidades básicas de saúde. Consiste em aplicações de vacinas, curativos, inalações, prevenção de câncer de colo uterino, procedimentos auxiliares de enfermagem, atividades educativas e consultas médicas em algumas especialidades consideradas como básicas (clínica-médica, pediatria, gineco-obstetrícia e odontologia básica). No caso das unidades de saúde da família, a assistência médica é realizada por generalista, e tem como foco a

família. As unidades da atenção básica ou nível primário devem buscar a resolubilidade de pelo menos 85% dos problemas de saúde, encaminhando aos especialistas somente os casos que exigem recursos de maior sofisticação tecnológica (SAITO, 2004; MENDES, 2009).

Em Alfenas, os usuários do SUS podem se dirigir diretamente à unidade de saúde mais próxima da sua residência para receber o atendimento. A USF é responsável por uma área de abrangência a ela adstrita. Essa área é revisada devido ao caráter dinâmico do processo de territorialização, uma vez que novas unidades de saúde da família são criadas e as equipes de saúde são ampliadas.

Na atenção secundária o município conta com onze unidades, sendo quatro ambulatórios de especialidades, cinco clínicas (uma de odontologia, uma de oftalmologia, uma de fisioterapia, uma de fonoaudiologia e uma de psicologia); um Instituto de Acupuntura e massoterapia e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Além de seis serviços de apoio diagnóstico, sendo um deles um consórcio intermunicipal de saúde.

Nesse nível de atenção são realizados os atendimentos nas especialidades não básicas, como cardiologia, neurologia, oftalmologia, psiquiatria, entre outras, ou casos mais complexos de pediatria, ginecologia ou obstetrícia, como, por exemplo, gestações de alto risco. Para consultar um especialista, o usuário do SUS em Alfenas deve ser encaminhado pelo médico generalista que o atendeu no nível primário. A marcação da consulta especializada é realizada na própria unidade de saúde da atenção primária a partir de uma agenda informatizada. O número de médicos no nível secundário é menor do que no nível primário devido ao grau de especialização desses profissionais. O atendimento desses médicos é concentrado em ambulatórios de especialidades localizados, dentro e fora da área

física dos hospitais. Para esse tipo de atendimento não há restrição de clientela por vínculo geográfico do domicílio, ou seja, os usuários que são atendidos nos ambulatorios de especialidades são provenientes de todas as regiões da cidade e das cidades da microrregião.

Na atenção terciária o Sistema de Saúde de Alfenas conta com quatro hospitais. Desses, apenas dois são conveniados ao SUS. O nível terciário compreende os atendimentos que envolvem internação hospitalar. Em geral, em ambiente hospitalar, o atendimento prestado é mais complexo sendo mais dispendioso. Devido à alta especialização tecnológica e ao alto custo por procedimento, estabelecimentos de saúde da atenção terciária tendem a ser concentrados em grandes centros urbanos e capitais. Esses estabelecimentos destinam-se ao atendimento de pacientes de vários municípios, respondendo por um tipo de atenção regionalizada, pactuada entre gestores municipais, estaduais e até federal (SILVA, 2005).

Esses serviços formam a rede de assistência à saúde no município de Alfenas, assim constituída por serviços próprios, contratados e conveniados ao Sistema Único de Saúde, distribuídos nos níveis primário, secundário e terciário da atenção à saúde.

3.3 REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

A política de regulação vem sendo estruturada de maneira a inscrevê-la numa política de saúde condizente com os princípios e as diretrizes do SUS, viabilizando o acesso equânime e oportuno à atenção integral e de qualidade, à universalidade e à garantia de direitos sociais (BRASIL, 2006a).

Regulação compreende o ato de regulamentar as ações que assegurem o cumprimento destas como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria. Compete à regulação fazer a vigilância do cumprimento das regulamentações que incorporam os objetivos da política de saúde (BRASIL, 2006a).

As Leis Orgânicas da Saúde vieram regulamentar a atual Política Nacional de Saúde em que se destaca a proposta de regionalização e de descentralização como estratégia fundamental para redefinir o papel do Estado nas funções públicas de normalizar, regular e garantir o acesso da população e controlar os serviços de saúde que permanecem sob sua gestão (CALEMAN, MOREIRA e SANCHES, 1998).

A Lei nº 8080/90 estabelece o controle, a avaliação e a fiscalização das ações e serviços de saúde como sendo de competência comum dos gestores Federal, Estadual e Municipal, e a Lei nº 8142/90 atribui aos Conselhos de Saúde o poder deliberativo sobre a formulação de estratégias e o controle e a execução da política de saúde em seu âmbito, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990ab).

Assim, nos últimos anos, principalmente a partir da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90, até as NOBs 01/91, 01/93 e 01/96, que culminou no processo de municipalização da saúde no país, os municípios assumiram cada vez mais os serviços e as ações de controle, avaliação, auditoria e supervisão de unidades prestadoras de serviços de saúde. Os modelos de gestão utilizados nesses serviços, na maioria dos municípios, eram os gerados pelo extinto INAMPS e pelas Secretarias de Estado da Saúde, que ocorriam de forma

centralizada e tinham naquela época um forte componente fiscalizador (CALEMAN, MOREIRA e SANCHES, 1998).

A NOB/93 já tratava da implantação de Centrais de Regulação, sem definição das estratégias de sua operacionalização no âmbito do SUS. A Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002b) estabeleceu que o Controle e a Avaliação a serem desenvolvidos pelos Gestores do SUS deveriam compreender, principalmente, o conhecimento da totalidade dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de prestadores, a compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados. Assim, segundo a NOAS 01/02, compete ao gestor municipal:

- controlar, regular e avaliar a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos e privados existentes em seu território, na garantia do atendimento de qualidade à população;

- efetuar o controle permanente, direto e sistemático sobre a execução das ações e serviços de saúde prestados à população;

- avaliar os sistemas de saúde baseados em parâmetros e indicadores, adequados às realidades locais.

A NOAS 01/2002 dispõe, ainda, no seu Capítulo II.3, como premissa básica, que as funções de controle, regulação e avaliação devem ser executadas concomitantemente com os processos de planejamento e de programação na definição e revisão de prioridades e diretrizes do setor saúde, visando a criar um efetivo impacto na saúde da população (BRASIL, 2002b).

A proposta da Política Nacional de Regulação está focada em três eixos estruturantes: a garantia da alocação de recursos para a implementação dos complexos reguladores da assistência, o desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem as funções reguladoras e o desenvolvimento de um programa de capacitação permanente de recursos humanos (BRASIL, 2006a).

Entre as competências e as atribuições do setor de regulação, controle e avaliação do sistema de saúde no âmbito municipal, reconhece-se a importância do acompanhamento da relação entre programação/produção/faturamento, ou seja, a programação e a execução dos tetos físicos, financeiros e assistenciais. Neste sentido, o processo de avaliação deve levar em conta os parâmetros de cobertura, produtividade e qualidade (BRASIL, 2001b). Além disso, a avaliação das bases programáticas da prestação de serviços de saúde do SUS é fundamental no planejamento e na gestão do sistema, uma vez que pode redirecionar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades dos usuários, objetivando maior racionalidade no uso dos recursos físicos, humanos e financeiro-orçamentários (BRASIL, 2002b).

A operacionalização das ações de regulação traz um ganho expressivo para o SUS ao reforçar e qualificar as funções gestoras, otimizando os recursos de custeio da assistência, qualificando o acesso e, conseqüentemente, proporcionando aos usuários do SUS melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde (BRASIL, 2006a).

As ações de regulação promovem impacto, modificando efetivamente o modelo de atenção à saúde vigente, trazem para a gestão pública em saúde o controle do acesso aos serviços ofertados, permite maior controle financeiro, enfim, são ações que revolucionam o SUS (BRASIL, 2006a).

A Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas possui um setor de regulação, constituído pelos Serviços de Controle e Avaliação - SCA, Tratamento Fora do Domicílio – TFD, Auditoria, Marcação de consultas e exames e Faturamento. Este setor compreende um conjunto de atividades com a finalidade de regular o fluxo dos procedimentos de saúde no âmbito do SUS, controlando a execução destes e avaliando os resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e aos parâmetros preconizados pelo SUS.

O município de Alfenas conta ainda com uma Central de Regulação de Leitos, localizada na Gerência Regional de Saúde (GRS) de Alfenas, responsável pela regulação de acesso aos leitos hospitalares no município. Essa Central atende a toda região macro sul de saúde e trabalha em parceria com Secretaria Municipal de Saúde, cabendo a esta o processo autorizativo das internações, através do supervisor, e pagamentos aos prestadores dos serviços.

A partir da proposta do Pacto pela Saúde, instituída pela Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, a regulação assume um importante papel na gestão do SUS, que tem como principal objetivo favorecer o acesso universal e igualitário dos usuários aos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

4 MATERIAL E MÉTODO

Serão apresentados a seguir o delineamento do estudo proposto; a formulação do problema de pesquisa e de hipóteses, a seleção de variáveis; os procedimentos da coleta de dados; a análise dos dados e os aspectos éticos.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo e exploratório do tipo epidemiológico, de delineamento transversal (PEREIRA, 2008; ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los; procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Além disso, busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas (CERVO e BERVIAN; 2002).

O estudo exploratório tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas idéias, além de realizar descrições precisas da situação e descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma (CERVO e BERVIAN, 2002).

Os estudos seccionais ou de corte transversal são investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde de um grupo ou comunidade. Nesse estudo epidemiológico, o fator e o efeito são observados num mesmo momento

histórico (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003). Para Pereira (2008) nesse tipo de estudo, as mensurações das variáveis de interesse são realizadas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento.

Foi utilizada ainda a pesquisa qualitativa por meio da análise de conteúdo, de acordo com Minayo (2000), para a tabulação e a análise dos relatos verbais dos profissionais médicos sobre as sugestões para a melhoria do mecanismo formal de referência e de contrarreferência das consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas-MG.

A partir dos depoimentos obtidos desses profissionais foi realizada uma análise temática em que foram descobertos os núcleos de sentido, cuja frequência ou presença tenham significado para o objeto analítico em questão (MINAYO, 2000). A análise temática, segundo Minayo (2000), está dividida em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise, os documentos foram analisados, segundo os objetivos iniciais da pesquisa. Nessa etapa, foram retomados os conceitos de forma categorizada para que direcionem à análise final. Na exploração do material, buscou-se alcançar a compreensão nos depoimentos por meio das unidades de registro estabelecidas na pré-análise, classificando e agregando-as em seguida. Na última fase, os resultados obtidos foram submetidos a uma análise temática formal dos discursos, sendo preservada a regularidade. A partir da análise de conteúdo, obteve-se a apreensão da significação e a compreensão do objeto estudado (MINAYO, 2000).

4.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA, HIPÓTESES E VARIÁVEIS

A abordagem dessa pesquisa foi fundamentada na seguinte questão norteadora: em que medida a implantação formal da referência e da contrarreferência das consultas especializadas por meio da ficha de encaminhamento para consultas especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas-MG contribuiu para a organização do fluxo de acesso do usuário às consultas médicas e exames de apoio diagnóstico de menor complexidade na atenção primária para as de maior complexidade em unidades especializadas?

Esta investigação foi conduzida mediante a formulação das seguintes hipóteses:

O tempo entre a consulta realizada pelo usuário na unidade de origem e a consulta realizada na unidade especializada tem relação com a idade e o sexo.

Os tipos de exames de apoio diagnósticos realizados pelos usuários na atenção básica são de menor complexidade comparados com os realizados na atenção secundária.

A especialidade médica, a idade, o sexo, o tempo de serviço do profissional médico na rede de saúde e o vínculo desse profissional com a Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas/MG influenciam nos escores de avaliação da implantação da referência e de contrarreferência de consultas especializadas.

Foram selecionadas as seguintes variáveis independentes para o estudo:

Em relação à unidade de origem:

- ✓ Idade do usuário;
- ✓ Sexo do usuário;
- ✓ Unidade de origem da consulta médica;

- ✓ Data de atendimento na unidade de origem;
- ✓ Tipo de exame de apoio diagnóstico realizado na unidade de origem.

Em relação à unidade de contra-referência:

- ✓ Unidade de Especialidade;
- ✓ Data da consulta especializada;
- ✓ Tipo de exame de apoio diagnóstico realizado na unidade especializada;
- ✓ Diagnóstico médico na unidade especializada (CID 10);
- ✓ Continuação do tratamento.

Em relação à avaliação da referência e da contra-referência das consultas especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas na perspectiva dos profissionais médicos:

- ✓ Especialidade médica;
- ✓ Tempo de serviço na rede de saúde;
- ✓ Idade;
- ✓ Sexo;
- ✓ Vínculo profissional com a Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas/MG.

4.3 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

Foram coletados dados de fonte secundária (PEREIRA, 2009), ou seja, das anotações registradas nas Fichas de Encaminhamento para Consulta Especializada elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde como recurso técnico-operacional e legal de formalização da referência e de contrarreferência das consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas, que retornaram ao setor de regulação da SMSA durante o período de 10 de março a 10 de julho de 2008, totalizando quatro meses (ANEXO A). Este período se justifica uma vez que a distribuição das fichas de encaminhamento devidamente numeradas foi realizada no final de dezembro de 2007, juntamente com a preparação das equipes de saúde para o uso dessas fichas, o que exigiu um tempo de adaptação, especialmente por parte dos profissionais médicos. Considerando-se um erro amostral de 2%, foram analisadas 783 Fichas.

Os diagnósticos médicos foram classificados de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua décima revisão (CID-10) (BRASIL, 1993).

Inicialmente foi realizada uma validação de conteúdo e aparência do questionário a ser aplicado aos profissionais médicos por três profissionais com experiência há mais de cinco anos no setor de regulação e/ou no planejamento/gestão do SUS, que consistiu em avaliar se o vocábulo era adequado ao perfil dos participantes do estudo e se as afirmativas estavam descritas de forma clara, precisa e compreensível. Com isso, foram necessárias pequenas modificações, assim como retirar alguns descritores contidos no instrumento (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Do total de 90 profissionais médicos da rede municipal, contratada e/ou conveniada ao SUS, foi realizado um teste piloto com dez profissionais, em que foi considerada a proporcionalidade das especialidades médicas por nível de atenção e selecionados aleatoriamente (PEREIRA, 2009) com o objetivo de aprimorar as questões contidas no questionário, refinar o sistema de manejo de dados, definir os pontos de corte dos escores de avaliação e apontar critérios mais bem definidos para o cálculo do tamanho amostral. Essa população amostral foi excluída da amostra final.

Em seguida os questionários foram distribuídos a 80 profissionais médicos da rede básica e das unidades de especialidades próprias e contratadas ao SUS, para a avaliação da implantação do mecanismo de referência e de contrarreferência das consultas especializadas e obter sugestões para o seu aprimoramento (APÊNDICE A). Um formulário foi entregue aos profissionais médicos pela autora desse estudo, acompanhado por uma carta de recomendação em que constou a data para recolhimento. A escolha dessa modalidade de coleta de dados se deveu ao fato da dificuldade do profissional médico em disponibilizar tempo para agendamento de entrevista. Dos 80 questionários distribuídos, 46 destes foram devolvidos preenchidos.

O escore foi calculado somando-se as pontuações obtidas por meio da avaliação das 10 frases. O intervalo possível dessa escala é de 10 (10 itens multiplicados por valor 1) a 40 (10 itens multiplicados por valor 4). A classificação dos escores de avaliação, ou seja, os pontos de corte foram definidos após a realização da validação aparente e de conteúdo do instrumento proposto e a realização do teste piloto

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas, e analisados segundo abordagem quantitativa por meio de análise percentual das respostas encontradas e tratamento estatístico. Os dados foram armazenados em banco de dados criado por meio do software SPSS for Windows versão 11.5 (Statistical Package for the Social Sciences) em que foram determinados o escore, a média, o desvio-padrão e posteriormente analisados por meio de teste qui-quadrado, adotando-se nível de 5% de significância ($p < 0,05$).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa, no Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde foi solicitada autorização do Prefeito Municipal de Alfenas/MG (APÊNDICE B). Somente participaram do estudo os profissionais médicos, que concordaram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) em que foi garantido o anonimato, o sigilo das informações prestadas pelos respondentes e a desistência em qualquer momento da pesquisa.

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS (ANEXO B), de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 (BRASIL, 1997).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão a seguir foram descritas em duas partes: uma, referente à caracterização da clientela, conhecendo suas características populacionais, das unidades referenciadas e de origem, dos diagnósticos médicos e dos exames de apoio diagnósticos solicitados, e outra, referente aos profissionais médicos das unidades de origem e das especializadas, relacionadas às suas características e ao grau de aceitação e de credibilidade da proposta de implantação formal da referência e de contrarreferência de consultas especializadas na rede municipal de saúde do município de Alfenas - MG.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

Foram analisadas 783 fichas de encaminhamento às consultas especializadas que retornaram ao setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, durante o período de 10 de março a 10 de julho de 2008, totalizando quatro meses.

A TABELA 1 apresenta a percentagem destes usuários, segundo o sexo.

TABELA 1
 Percentual, segundo o sexo, de usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de Dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG.

	Sexo	
	Casos	%
Ilegível	1	0%
Feminino	452	58%
Masculino	330	42%
Total	783	100%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.

O sexo feminino prevaleceu sobre o masculino, com 58% e 42%, respectivamente. Vários estudos constataam que a presença de homens nos serviços de saúde é menor do que a das mulheres (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2002). Há autores que associam este fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (COURTENAY, 2000; LYRA *et al.*, 2003; TELLERÍA, 2003). Assim, os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres (GOMES *et al.*, 2007). Outros autores, como Anjos *et al.* (1992) e Loyola Filho (2002), afirmam que as mulheres tendem a procurar por atendimento de saúde com maior frequência, devido à oferta de serviços de saúde e à maior disponibilidade de tempo atribuído a essa clientela. Além disso, segundo Escuder *et al.* (1999), as mulheres provavelmente apresentam uma percepção diferenciada do seu processo saúde-doença, resultando em uma maior procura por atendimento de saúde.

A TAB. 2 apresenta a distribuição percentual das faixas etárias dos usuários atendidos nas unidades especializadas.

TABELA 2
 Percentual, segundo faixa etária, de usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de Dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG.

Faixa Etária ¹		
	Casos	%
Menor do que 1 ano	9	1,1
De 1 a 4 anos	31	4,0
De 5 a 9 anos	40	5,1
De 10 a 14 anos	42	5,4
De 15 a 19 anos	33	4,2
De 20 a 24 anos	36	4,6
De 25 a 29 anos	46	5,9
De 30 a 34 anos	33	4,2
De 35 a 39 anos	45	5,7
De 40 a 44 anos	62	7,9
De 45 a 49 anos	56	7,2
De 50 a 54 anos	66	8,4
De 55 a 59 anos	70	8,9
De 60 a 64 anos	61	7,8
De 65 a 69 anos	38	4,9
De 70 a 74 anos	30	3,8
De 75 a 79 anos	27	3,4
80 anos ou mais	19	2,4
Não preenchido	39	5,0
Total	783	100,0

¹. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.

No que se refere à faixa etária houve predominância de adultos (20 a 59 anos), totalizando 52,8% do total das pessoas atendidas (TABELA 2). Estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte demonstra altas prevalências nos usos de serviços de saúde entre adultos (< 60anos) residentes nesta região (COSTA, 2004).

A TAB. 3 demonstra o percentual de usuários atendidos de acordo com as unidades de especialidades.

TABELA 3
 Percentual de usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de
 01 de Dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG.

Unidade de Especialidade	Nº de médicos	Nº casos	%
Ambulatório Dr. Plínio	21	389	49,7
Ambulatório Cruz Preta	39	273	34,9
Ambulatório Vila Esperança	26	73	9,3
Ambulatório Santa Casa	20	40	5,1
Cislagos	21	08	1,0
Total	127	783	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.

O Ambulatório Dr. Plínio foi o que mais realizou atendimentos referenciados das unidades de origem (49,7%), isso se explica pelo fato de se tratar de uma unidade municipal responsável pelo maior número de atendimentos de usuários do município em questão. Seguido do Ambulatório Cruz Preta (34,9%), onde grande parte dos atendimentos são de municípios referenciados. Cabe ressaltar que alguns profissionais médicos atendem em várias das unidades de referência, o que explica o fato do total de médicos na presente tabela se apresentar maior que 90.

A TAB. 4 apresenta o percentual de usuários atendidos nas unidades de origem e que foram encaminhados às unidades de especialidades.

TABELA 4
 Percentual de usuários atendidos nas unidade de origem e encaminhados à unidade de especialidade, no período de 01 de Dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG.

Unidade de Origem	Unidade de Origem	
	Casos	%
Não preenchido	28	4%
PSF Pinheirinho	27	3%
PSF Recreio Vale do Sol	25	3%
PSF Santos Reis	31	4%
PSF Jardim São Carlos	29	4%
PSF Itaparica	29	4%
PSF Primavera	34	4%
PSF Vila Betania	30	4%
PSF Boa Esperança	23	3%
PSF Caensa	27	3%
PSF Unissaúde	32	4%
PSF Zona Rural	42	5%
UBS São Vicente	59	8%
UBS Aparecida	53	7%
UBS Pinheirinho-UNIFENAS	2	0%
UBS Nova América	62	8%
Ambulatório Vila Esperança	57	7%
Ambulatório Plinio	56	7%
Ambulatório Cruz Preta	42	5%
Ambulatório Santa Casa	82	10%
Ambulatório Gaspar Lopes	6	1%
APAE	5	1%
CTA	1	0%
CAPS	1	0%
Total	783	100%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.

No período estudado, a unidade de origem que mais referenciou usuários a unidades especializadas foi o Ambulatório Santa Casa, que é uma unidade mista, ou seja, realiza atendimentos básicos e especializados, seguidas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) São Vicente e Nova América (hoje PSF-Programa de

Saúde da Família), onde são realizados somente atendimentos do nível primário. Observou-se também que todos os PSFs apresentam praticamente o mesmo percentual de encaminhamentos às unidades especializadas, variando entre 3% e 5%.

O tempo médio de acesso da consulta na unidade de origem à consulta na unidade especializada foi de 43,2 dias, mínimo de zero e o máximo de 195 dias, isso em decorrência da dificuldade de contratação de profissionais de determinadas especialidades, como reumatologia e psiquiatria, que acaba ocasionando um tempo maior de espera para o atendimento. As variáveis idade e sexo não apresentaram correlação significativa em relação ao tempo de atendimento ($p=0,517$). Este resultado já era esperado tendo em vista que o município em questão faz o agendamento das consultas levando em consideração a gravidade do caso.

Dos atendimentos realizados, 65% e 60,5% destes geraram solicitação de algum tipo de exame de apoio diagnóstico nas unidades de origem e nas referenciadas, respectivamente. As TABELAS 5 e 6 mostram o percentual de solicitação de exames de apoio diagnóstico, nas unidades de origem e nas especializadas, segundo o tipo.

TABELA 5

Percentual de solicitação por tipo de exame realizado, solicitado aos usuários atendidos nas unidades de origem, no período de 01 de Dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG, 2008.

Tipo de exame realizado	Quantidade	%
Clínico	207	26,4
Diagnóstico por radiologia	92	11,7
Diagnóstico em laboratório clínico	77	10,0
Diagnóstico por tomografia	10	1,3
Diagnóstico por ressonância magnética	05	0,6

Fonte: Secretaria Municipal de saúde de Alfenas – MG, 2008.

Entre os exames realizados na unidade de origem os diagnósticos por exame clínico foi o mais realizado (26,4%), seguido do diagnóstico por radiologia e laboratório clínico (11,2% e 10,0%), respectivamente. Houve ainda solicitação de exames de apoio diagnóstico por tomografia (4,4%) e ressonância magnética (0,6%). Exames desta natureza devem ser solicitados apenas nas unidades especializadas, uma vez que os protocolos clínicos estabelecem que somente médicos especialistas devam solicitar, quando necessário, exames de alto custo para elucidação diagnóstica (MENDES, 2009). As unidades de origem apresentaram ainda, 3,4% das solicitações de exames de apoio diagnóstico, ilegíveis.

TABELA 6

Percentual de solicitação por tipo de exame complementar, solicitado aos usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de Dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG, 2008.

Tipo de exame complementar	Quantidade	%
Diagnósticos em especialidades	138	82,4
Clínico	101	12,9
Diagnóstico por radiologia	79	10,1
Diagnóstico em laboratório clínico	49	6,3
Diagnóstico por tomografia	10	1,3
Diagnóstico por ressonância magnética	07	0,9

Fonte: Secretaria Municipal de saúde de Alfenas – MG, 2008.

Dos exames complementares de apoio diagnóstico solicitados nas unidades de especialidade, os métodos diagnósticos em especialidades foram os mais solicitados (82,4%), seguidos do diagnóstico por exame clínico (12,9%), radiologia (10,1%) e laboratório clínico (6,3%).

Surpreende o fato de as solicitações dos exames diagnósticos por tomografia (1,3%) e ressonância magnética (0,9%) nas unidades de especialidades, apresentarem praticamente as mesmas percentagens de solicitações das unidades de origem (TABELA 5), o que pode estar relacionado à ausência de protocolos para solicitação de exames de alto custo na rede municipal. As unidades de

especialidades ainda apresentaram 5,6% de solicitações de exames de apoio diagnóstico ilegíveis.

A TAB. 7 demonstra os percentuais de cada especialidade referenciada.

TABELA 7
Percentual de atendimentos de usuários por especialidades referenciadas, no período de 01 de Dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG, 2008.

	Especialidades Referenciadas	
	Casos	%
Não preenchido	2	,3%
Psiquiatria	17	2,2%
Ortopedia	167	21,3%
Cirurgia Vascular/Angiologia	37	4,7%
Cirurgia Geral	31	4,0%
Cardiologia	56	7,2%
Hematologia	10	1,3%
Dermatologia	106	13,5%
Otorrinolaringologia	56	7,2%
Clínica Cirúrgica	14	1,8%
Neurocirurgia	6	,8%
Neurologia	43	5,5%
Reumatologia	18	2,3%
Cirurgia Pediátrica	12	1,5%
Urologia	33	4,2%
Proctologia/Coloproctologia	13	1,7%
Alergista	1	,1%
Pneumologia	21	2,7%
Endocrinologia	28	3,6%
Cirurgia Plástica	9	1,1%
Nefrologia	8	1,0%
Ginecologia	5	,6%
Hebiatria	1	,1%
Oftalmologia	60	7,7%
Mastologia	7	,9%
Gastroenterologia	10	1,3%
Psicologia	4	,5%
Clínica Médica	1	,1%
Pediatria	1	,1%
Nutricionista	3	,4%
Cirurgia Cabeça e Pescoço	3	,4%
Total	783	100,0%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.

No que se refere às especialidades referenciadas, a ortopedia foi à especialidade mais referenciada (21,3%), seguida da dermatologia (13,5%) e da oftalmologia (7,7%).

A TAB. 8 apresenta o percentual de diagnóstico por CID-10, dos usuários atendidos nas unidades de especialidades.

TABELA 8
Percentual de diagnóstico por CID 10, dos usuários atendidos nas
unidades de especialidades, no período de 01 de Dezembro a 10 de
Julho de 2008, Alfenas-MG, 2008.

	Código Internacional de Doenças (CID)	
	Casos	%
Não preenchido	95	12,1%
Ilegível	100	12,8%
AOO-B99 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20	2,6%
C00-D48 - Neoplasias (Tumores)	10	1,3%
D50-D89 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e al	14	1,8%
E00-E90 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	42	5,4%
F00-F99 - Transtornos mentais e comportamentais	25	3,2%
G00-G99 - Doenças do Sistema nervoso	22	2,8%
H00-H59 - Doenças do olho e anexos	56	7,2%
H60-H95 - Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3	,4%
I00-I99 - Doenças do aparelho circulatório	66	8,4%
J00-J99 - Doenças do aparelho respiratório	26	3,3%
K00-K93 - Doenças do aparelho digestivo	34	4,3%
L00-L99 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	82	10,5%
M00-M99 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conju	112	14,3%
N00-N99 - Doenças do aparelho geniturinário	35	4,5%
O00-O99 - Gravidez, parto puerperio	2	,3%
P00-P96 - Algumas afecções originadas no período perinatal	1	,1%
Q00-Q99 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias	5	,6%
R00-R99 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clin	19	2,4%
S00-T98 - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequenc	14	1,8%
Total	783	100,0%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.

Em relação à Classificação Internacional de Doenças - CID-10, a especialidade referenciada com maior frequência foi a do grande grupo MOO – M99, referente às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 14,3%, em seguida as do grupo L00 – L99, das doenças da pele e do tecido subcutâneo, com 10,5%, e as do grupo IOO – I99, das doenças do aparelho circulatório (8,4%).

A TAB. 9 demonstra o percentual de continuidade do tratamento por unidade, dos usuários atendidos nas unidades de especialidades.

TABELA 9
Percentual de continuidade do tratamento por unidade, dos usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de Dezembro a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG, 2008.

	Continuação do tratamento	
	Continuação do tratamento	
	Casos	%
Não preenchido	139	17,8%
Unidade de Origem	79	10,1%
Unidade de Especialidade	565	72,2%
Total	783	100,0%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.

Do total das fichas analisadas, 72,2% dos usuários atendidos nas unidades de especialidades tiveram a continuidade do seu tratamento na própria unidade a que foram referenciados e somente 10,1% retornaram para a sua unidade de origem.

A TAB. 10 relaciona a continuidade do tratamento com o CID-10.

TABELA 10
Relação percentual entre CID 10 e continuidade do tratamento por unidade, dos
usuários atendidos nas unidades de especialidades, no período de 01 de Dezembro
a 10 de Julho de 2008, Alfenas-MG, 2008.

Código Internacional de Doenças		Código Internacional de Doenças x Continuidade do Tratamento					
		Continuação do tratamento					
		Não preenchido		Unidade de Origem		Unidade de Especialidade	
Casos	%	Casos	%	Casos	%		
Não preenchido	63	8,0%	1	,1%	31	4,0%	
Ilegível	14	1,8%	13	1,7%	73	9,3%	
AOO-B99 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	,3%	9	1,1%	9	1,1%	
C00-D48 - Neoplasias (Tumores)	1	,1%	2	,3%	7	,9%	
D50-D89 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e al	3	,4%	4	,5%	7	,9%	
E00-E90 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	7	,9%	1	,1%	34	4,3%	
F00-F99 - Transtornos mentais e comportamentais	2	,3%	2	,3%	21	2,7%	
G00-G99 - Doenças do Sistema nervoso	2	,3%	1	,1%	19	2,4%	
H00-H59 - Doenças do olho e anexos	2	,3%	1	,1%	53	6,8%	
H60-H95 - Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	,1%	1	,1%	1	,1%	
I00-I99 - Doenças do aparelho circulatório	3	,4%	1	,1%	62	7,9%	
J00-J99 - Doenças do aparelho respiratório	0	,0%	1	,1%	25	3,2%	
K00-K93 - Doenças do aparelho digestivo	1	,1%	4	,5%	29	3,7%	
L00-L99 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	1,5%	25	3,2%	45	5,7%	
M00-M99 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjun	12	1,5%	8	1,0%	92	11,7%	
N00-N99 - Doenças do aparelho geniturinário	9	1,1%	3	,4%	23	2,9%	
O00-O99 - Gravidez, parto puerperio	1	,1%	0	,0%	1	,1%	
P00-P96 - Algumas afecções originadas no período perinatal	0	,0%	0	,0%	1	,1%	
Q00-Q99 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias	0	,0%	1	,1%	4	,5%	
R00-R99 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clin	2	,3%	1	,1%	16	2,0%	
S00-T98 - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequenc	2	,3%	0	,0%	12	1,5%	
Total	139	17,8%	79	10,1%	565	72,2%	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.

Observa-se que o grupo referente às doenças da pele e do tecido subcutâneo L00 – L99 foi o grupo que mais retornou à unidade de origem para a continuação do tratamento (3,2%), seguida do grupo de algumas doenças infecciosas e parasitárias (1,1%). Os grupos das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, M00 – M99, doenças do aparelho circulatório, I00 – I99 e doenças do olho e anexos, H00 – H59, apresentaram as maiores percentagens para continuação do tratamento na unidade de especialidade, 11,7%, 7,9% e 6,8%, respectivamente. Isto pode estar relacionado ao grau de comprometimento da saúde e/ou dos agravos dos usuários, necessitando de acompanhamento por especialistas. Pode representar o tempo necessário para melhor elucidação diagnóstica por meio de exames de apoio diagnóstico ou tratamento em nível secundário. E pode ainda indicar pouca adesão dos profissionais médicos especialistas em encaminhar o usuário à sua unidade de origem para tratamento, recuperação e acompanhamento.

Finalmente, a TABELA 11 mostra a cobertura assistencial de consultas médicas, segundo os níveis de atenção à saúde e de acordo com a Portaria 1101/02, no período de 2006 a 2008, do Sistema Municipal de Saúde de Alfenas.

TABELA 11
Cobertura assistencial de consultas médicas no período de 2006 a 2008, segundo os parâmetros da Portaria 1101/02 do Ministério da Saúde, Alfenas, 2008.

Tipo de Consulta	Produção 2006*		Produção 2007		Produção 2008		Parâmetro. Port. 1101/02
	N	%	N	%	N	%	
Urgência/Emergência (Conveniada ao SUS)	99.958	37,2	79.972	37,1	93.452	35,5	15,0
Consultas Básicas (Conveniada e municipal)	86.702	32,3	68.019	31,6	96.332	36,6	62,5
Especializadas (Conveniada/contratada e municipal)	81.989	30,5	67.605	31,3	73.317	27,9	22,5
Total	268.649	100,0	215.596	100,0	263.101	100,0	100,0

Fonte: Setor de Avaliação, Controle e Regulação da SMSA.

*GOYATÀ, S. L. T. et al. Avaliação da cobertura assistencial do Sistema Municipal de Saúde de Alfenas. Rev EnfermUERJ, Rio de Janeiro, (no prelo).

A Portaria nº 1101/02 é o principal instrumento de avaliação da cobertura assistencial para o planejamento em saúde do SUS, em que se incluem parâmetros de cobertura para estimar a necessidade de atendimento à população e os parâmetros de produtividade para estimar a capacidade de produção dos sistemas de saúde. Ditos parâmetros são subdivididos em ambulatoriais e hospitalares e adotam critérios de base populacional (BRASIL, 2002c).

Os parâmetros assistenciais do SUS destinam-se a orientar os gestores e os técnicos dos Serviços de Planejamento e Regulação, oferecendo subsídios para a análise das necessidades da população, comparados à rede de oferta de serviços assistenciais, elaboração do Planejamento e da Programação Integrada (PPI), adequação dos serviços já existentes e contratação de novos, se necessário.

Observou-se que houve um significativo incremento das consultas médicas básicas no período em estudo (32,3% em 2006 para 36,61% em 2008) o que pode ser atribuído a diferentes fatores, entre eles, a implantação do mecanismo formal de referência e contra-referência das consultas especializadas, uma vez que, nesse período, não se observou aumento da oferta de serviços de atenção primária no município. Entretanto, em conformidade com as considerações de Azevedo (2007), a atenção básica ainda se apresenta como uma estreita porta de entrada para viabilização do acesso dos usuários com necessidades sociais complexas.

Resultado semelhante foi observado num estudo realizado no município de Uberlândia, onde se avaliou a distribuição percentual das consultas médicas, também segundo os parâmetros da Portaria 1101/2002. Notou-se que, no ano de 2006, as consultas básicas totalizaram 26,8% das consultas naquele município (SESMG, 2009), o que apresenta concordância com os dados levantados em Alfenas, uma vez que a produção de ambos se distanciou do preconizado pelo

Ministério da Saúde, que é de 62,5% para consultas básicas (BRASIL, 2002a).

No mesmo período verificou-se redução no número de procedimentos especializados realizados no município de Alfenas (30,5% em 2006 para 27,87% em 2008), bem como das consultas de urgência/emergência (37,21% em 2006 para 35,52% em 2008).

Fica claro que tanto as consultas médicas de urgência como as especializadas apresentaram, no período, produções superiores aos parâmetros preconizados pela Portaria 1101/2002; no entanto, observa-se uma tendência à redução, em particular das consultas especializadas.

Na prática, as unidades de urgência/emergência se constituem como porta de entrada do sistema municipal de saúde para resolver problemas primários, uma vez que o usuário leva em conta a agilidade no atendimento e a rapidez no diagnóstico e no tratamento. Essa característica, somada à dificuldade para o agendamento de consultas na atenção primária, a baixa resolubilidade, a falta de integralidade nas ações e a fragilidade na rede hierárquica da assistência, podem contribuir para a inversão do sistema (AZEVEDO, 2007).

A implantação da rede de atenção à saúde na perspectiva de Mendes (2009) certamente levará a um processo de reorganização do sistema municipal de saúde em Alfenas, em que se preconiza a constituição de diferentes pontos de atenção à saúde, coordenados pela Atenção Primária e integrados nos níveis primário, secundário e terciário.

5.2 ENTREVISTAS AOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

A Tabela 12 mostra a distribuição percentual dos profissionais, de acordo com as especialidades.

TABELA 12
Distribuição percentual dos médicos, segundo as especialidades, Alfenas – MG, 2008.

Especialidade médica	%
Cirurgia plástica	2,3
Pneumologia	2,3
Ortopedia	2,3
Cirurgia vascular	4,7
Ginecologia/obstetrícia	11,6
Urologia	2,3
Pediatria	9,3
Cardiologia	2,3
Proctologia	2,3
Infectologia	2,3
Clínico Geral	20,9
Nefrologia	2,3
Endocrinologia	4,7
Gastroenterologia	2,3
Cirurgia pediátrica	2,3
Hematologia	2,3
Otorrinolaringologia	2,3
Reumatologia	2,3
Cirurgia geral	7,0
Radiologia	2,3
Geriatria	2,3
Médico de família	9,3

Fonte: Secretaria Municipal de saúde de Alfenas, 2008.

As especialidades predominantes foram: clínico geral (20,9%), seguidas de ginecologia/obstetrícia (11,6%), do médico da família (9,3%) e pediatria (9,3%).

Do total de entrevistados, 88,4% responderam não possuir outra especialidade médica.

A Figura 1 apresenta a distribuição percentual dos médicos em relação ao tempo de serviço.

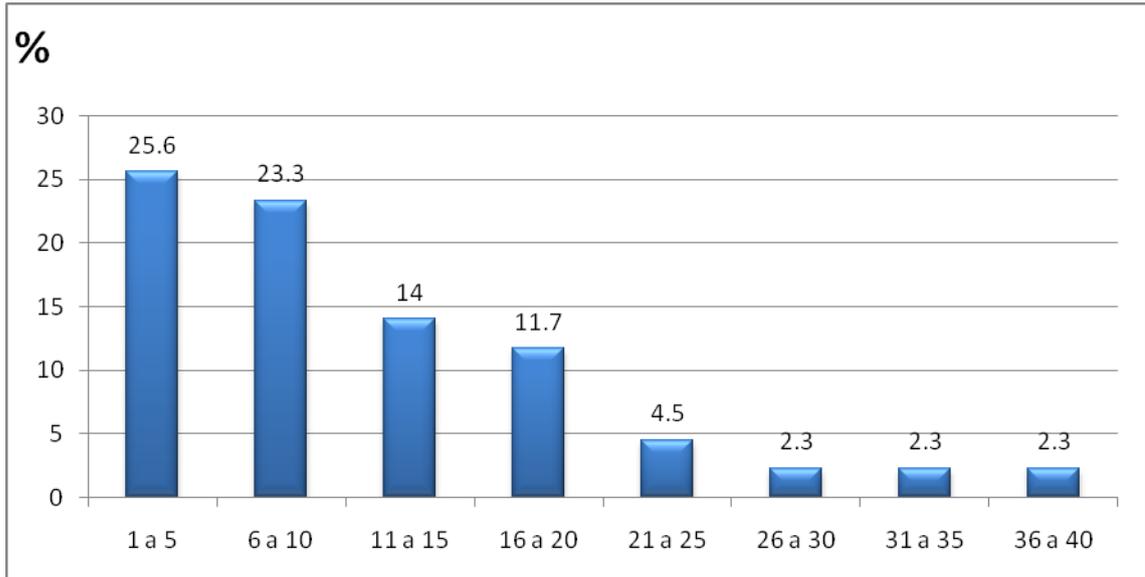


FIGURA 1 - Distribuição percentual dos médicos, segundo o tempo (em anos) de serviço na rede de saúde do município de Alfenas - MG, 2008.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas – MG, 2008.

Em relação ao tempo de serviço na rede de saúde de Alfenas-MG, encontrou-se média de 9,6 anos. Do total de médicos entrevistados, 48,9% possuem de um a dez anos de tempo de serviço na rede e 14,0% não responderam essa questão (FIGURA 1).

A Figura 2 apresenta a distribuição percentual dos médicos em relação à faixa etária.

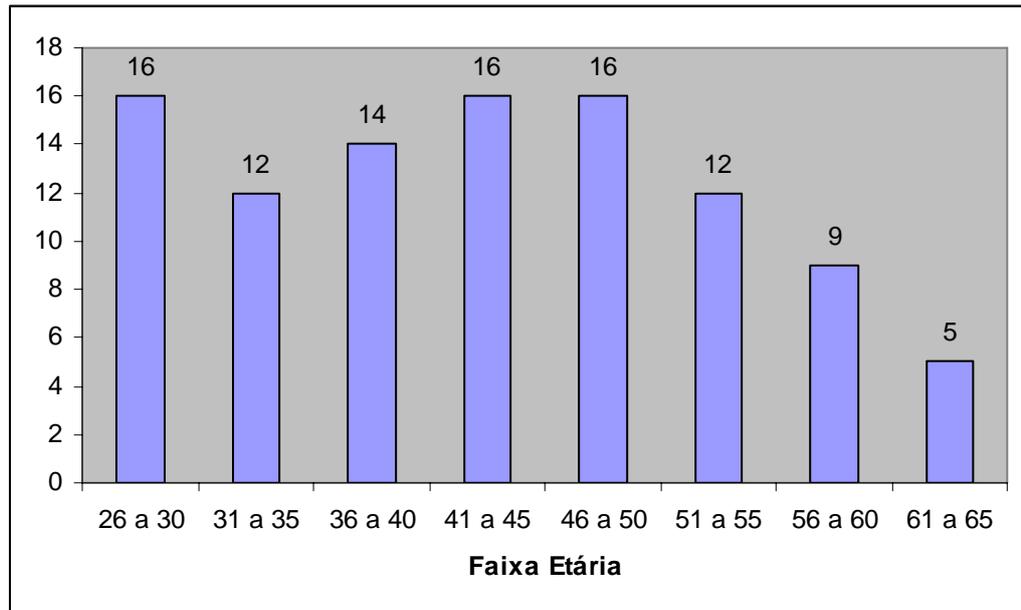


FIGURA 2 - Distribuição percentual dos médicos em relação à faixa etária, 2008.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas – MG, 2008.

A média de idade encontrada foi 42,6 anos, DP \pm 10,3, mínima de 26 e máxima de 65 anos. Houve predominância do sexo masculino (74,4%) em relação ao feminino (25,6%).

Do total de entrevistados, 25,6% apresentavam vínculo tanto com o serviço público como privado; 18,6%, público e contratado; 18,6%, somente público e 37,2%, somente contratado.

Em suma, o profissional médico atual transita entre os consultórios e empregos públicos mais que privados, tende a exercer a profissão cada vez mais jovem, intensificando – se seus multiempregos (MENELEU NETO *et al.*, 2006).

A TAB. 13 mostra a distribuição percentual das respostas relacionadas às questões 1 a 10 do formulário.

TABELA 13

Distribuição percentual da avaliação dos profissionais médicos referente à ficha de encaminhamento para consultas especializadas utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.

Perguntas	Respostas	%
1- Há necessidade de o Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde ter um formulário padronizado para encaminhamentos dos usuários do SUS às consultas especializadas	Concordo totalmente	86,0
	Concordo	9,3
	Discordo	4,7
	Discordo totalmente	0
2- As informações constantes no formulário de encaminhamento para as consultas especializadas são importantes para o controle, a avaliação e a auditoria da assistência médica prestada ao usuário do SUS nas unidades de origem e nos ambulatórios de especialidades.	Concordo totalmente	65,1
	Concordo	27,9
	Discordo	7,0
	Discordo totalmente	0
3- A implantação do novo formulário de encaminhamento às consultas especializadas tem organizado o fluxo de atendimento dos usuários do SUS da atenção básica para a assistência secundária.	Concordo totalmente	32,6
	Concordo	51,2
	Discordo	14,0
	Discordo totalmente	2,3
4- Com a implantação do novo formulário, é possível que haja redução dos encaminhamentos dos usuários do SUS às consultas especializadas	Concordo totalmente	27,9
	Concordo	44,2
	Discordo	20,9
	Discordo totalmente	7,0
5- Com a implantação do novo formulário, serão encaminhados às consultas especializadas e aos serviços de apoio diagnóstico de maior complexidade os usuários que apresentarem problemas de saúde e agravos não solucionados na atenção básica ou no nível primário de atenção à saúde	Concordo totalmente	37,2
	Concordo	39,5
	Discordo	20,9
	Discordo totalmente	2,3
6- Para o encaminhamento do usuário atendido na unidade básica para o ambulatório de especialidade deve-se considerar a capacidade de atendimento dos profissionais médicos especialistas e a oferta desses especialistas na rede de saúde local ou microrregional.	Concordo totalmente	44,2
	Concordo	34,9
	Discordo	14,0
	Discordo totalmente	7,0
7- O novo formulário implantado facilita o acesso do usuário do SUS na assistência médica de menor complexidade para as de maior complexidade.	Concordo totalmente	16,3
	Concordo	53,5
	Discordo	25,6
	Discordo totalmente	4,7
8- Com a implantação do novo formulário, os usuários têm conhecimento de seu processo diagnóstico e terapêutico do atendimento médico na rede básica à especializada.	Concordo totalmente	14,6
	Concordo	39,5
	Discordo	44,2
	Discordo totalmente	2,3
9- A contrarreferência, ou seja, o encaminhamento do usuário à sua unidade de origem, quando for o caso, é importante para a continuidade de seu tratamento e/ou acompanhamento.	Concordo totalmente	79,1
	Concordo	18,6
	Discordo	2,3
	Discordo totalmente	0
10- A implantação do novo formulário organiza e sistematiza o fluxo de acesso dos usuários do SUS aos níveis de complexidades crescentes da atenção médica e de apoio diagnóstico no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas-MG	Concordo totalmente	39,5
	Concordo	44,2
	Discordo	16,3
	Discordo totalmente	0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Dos médicos entrevistados, 95,3% disseram concordarem totalmente ou concordarem com a necessidade do setor de Regulação da SMSA padronizar o formulário de encaminhamento a consultas especializadas, o que demonstra a preocupação desses profissionais em oferecer uma assistência integral e resolutiva aos usuários do Sistema único de Saúde (SUS) de Alfenas.

Ainda nesse aspecto, 93,0% acreditam que estas informações são importantes para que o setor de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas (SMSA) conheça a qualidade da assistência que está sendo prestada aos usuários do SUS em Alfenas. Destes, 83,8% acreditam ainda que este novo formulário possa organizar o fluxo dos usuários da atenção básica à especializada, e 72,1%, que podem inclusive reduzir o encaminhamento destes aos serviços especializados.

Do total dos entrevistados, 76,7% acreditam que com este novo formulário serão encaminhados somente os usuários que não tiverem os seus problemas resolvidos na atenção básica, e ainda 69,8% acham que facilitarão o acesso dos usuários à assistência médica de menor para maior complexidade.

Neste contexto, 79,1% dos entrevistados admitem que para os encaminhamentos da atenção básica à especializada deve-se levar em consideração a oferta de médicos especialistas na rede local e microrregional, uma vez que interfere no acesso ao serviço.

Em contrapartida, 44,2% dos médicos acham que o novo formulário não contribui para que o usuário conheça o seu processo terapêutico e diagnóstico do atendimento médico da atenção básica à especializada.

Um dado que surpreende foi a confirmação de 2,3% dos entrevistados, ao dizerem não achar importante a contra-referência do usuário à sua unidade de

origem (quando for o caso) para a continuidade do seu tratamento. Talvez esse motivo tenha contribuído para o reduzido percentual de usuários que foram encaminhados pelos especialistas à unidade de origem. De acordo com Machado *et al.* (2005), uma contrarreferência adequada é a expressão formativa mais prática de que se pode utilizar, uma vez que é um fator de retroalimentação extremamente vinculado à atividade concreta.

Do total de entrevistados, 16,3% referiram discordar que o novo formulário possa contribuir para organizar e sistematizar o fluxo de acesso dos usuários do SUS aos níveis de complexidade crescente.

Segundo Juliani e Ciampone (1999), o sistema de referência e de contrarreferência é de grande importância, pois, através da estruturação deste, torna-se possível o encaminhamento dos usuários aos diversos níveis de atenção.

A TAB. 14 apresenta a distribuição percentual dos escores de respostas dos formulários aplicados aos médicos.

TABELA 14
Distribuição percentual dos escores das respostas dos médicos referente à ficha de encaminhamento para consultas especializadas utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, 2008.

Escore	%
10 a 20	72,4
21 a 30	27,2
31 a 40	0,0
TOTAL	100,0

O escore mínimo atribuído ao questionário foi de 10 e máximo de 28, a mediana das respostas encontrada foi de 18. As variáveis sexo e vínculo com o serviço não apresentaram associação significativa em relação aos escores ($p=0,185$ e $p=0,674$, respectivamente).

A variável especialidade médica apresentou associação significativa em relação ao escore ($p=0,0001$), sendo que as especialidades básicas (clínico geral, pediatria e ginecologia) apresentaram maior concordância, um dos fatores que provavelmente podem estar relacionado é que os médicos da rede básica sintam mais necessidade da contrarreferência. A variável idade também apresentou associação significativa ($p=0,0001$), sendo que os mais jovens apresentaram maior aderência, o que pode estar relacionado à formação desses profissionais. Também foi verificada associação significativa entre a variável tempo de serviço na rede municipal e os escores ($p=0,0001$), os que estão há menos tempo na rede foram os que apresentaram maior concordância, talvez pelo fato destes profissionais estarem mais sensíveis a mudanças de políticas institucionais.

O escore entre 10 a 20 (concordo totalmente e concordo) representou 72,4%, indicando uma avaliação positiva pelos profissionais médicos em relação à implantação do formulário de referência e de contrarreferência no sistema municipal de saúde de Alfenas – MG.

5.3 CONCEPÇÕES E SUGESTÕES DOS MÉDICOS EM RELAÇÃO À IMPLANTAÇÃO DO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALFENAS – MG

O questionário aplicado aos profissionais médicos continha a seguinte questão discursiva: Concepções e sugestões dos médicos em relação à implantação do formulário de referência e de contra-referência no sistema municipal de saúde de Alfenas-MG.

Dos 46 questionários retornados, 71,73% tiveram a questão discursiva respondida. Estas foram agrupadas nas seguintes categorias analíticas:

- . Respeito e ética profissional
- . Capacitação e educação permanente
- . Resolubilidade e integralidade das ações
- . Financiamento e maior demanda por especialidade
- . Protocolos
- . Referência e contrarreferência

As concepções e sugestões dos médicos possibilitaram avaliar o quanto os discursos destes, de modo geral, articulam-se com as principais dificuldades encontradas para implementação efetiva dos princípios do SUS.

5.3.1 Respeito e Ética Profissional

“Os colegas especialistas devem ser mais humildes em compartilhar o conhecimento específico com os profissionais da Atenção Básica, tendo em vista que estes pacientes retornarão às unidades de origem e serão acompanhados pelos mesmos” (ID. 15).

O estudo dos aspectos éticos que envolvem o exercício das profissões de saúde, em particular da medicina, tem merecido crescente atenção nas últimas décadas, em todo o mundo. A Associação Médica Mundial emitiu uma resolução sobre a inclusão da ética médica e direitos humanos nos currículos de todas as escolas médicas do mundo, além de sugerir estratégias para o fortalecimento desta recomendação em seu manual de ética médica (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2005).

O Brasil conta, desde 1995, com uma sociedade brasileira de bioética, integrada por mais de 800 profissionais de diferentes formações, tendo sediado um congresso mundial em 2002. A institucionalização de comitês de ética em pesquisa,

em quase 500 instituições brasileiras, e o aumento da produção acadêmica nacional, na última década, evidencia a expansão do interesse no campo da ética aplicada aos fenômenos da vida (DANTAS e SOUSA, 2008).

Segundo Machado *et al.* (2005), o intercâmbio (compartilhamento) e experiência é fundamental à prática médica.

É bastante evidente na fala de alguns médicos o descontentamento com alguns colegas que, na sua prática, demonstram falta de ética profissional e principalmente a falta de humildade no compartilhamento de experiências e vivências, o que acaba por comprometer a assistência integral de qualidade ao usuário.

A importância da educação em ética médica na formação do profissional de Medicina no Brasil é reconhecida há muito tempo (LOPES, 1980). As transformações tecnológicas, sociais, legais, econômicas e morais ocorridas de forma acelerada nas últimas décadas incentivaram o surgimento de uma comunidade global mais integrada e esclarecida, com impacto no exercício das profissões de saúde. Na Medicina, novas questões éticas são constantemente incorporadas à reflexão (FERREIRA e SANTOS, 1995), levando a uma contínua necessidade de renovação e atualização de seu ensino (ROSA, 1998).

Acredita-se que o aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político. Por isso a necessidade da ética profissional ser valorizada e debatida a todo o momento com os profissionais de saúde, uma vez que está relacionada diretamente à qualidade dos serviços prestados.

5.3.2 Capacitação e Educação Permanente

“Realização de cursos de capacitação para os médicos que atuam na Unidade de Atenção Básica. Maior intercâmbio entre os médicos especialistas e os da Unidade Básica de saúde” (ID. 1).

“Esclarecer os médicos que trabalham na atenção básica do encaminhamento correto, mostrar o número de profissionais disponíveis nas especialidades, etc” (ID. 38).

Uma das maiores dificuldades que o SUS enfrenta é a qualidade da atenção aos usuários. Apesar de ser princípio do SUS o direito de todos à integralidade da saúde, na prática a atenção acontece de modo fragmentado, pois muitas equipes se desresponsabilizam pela continuidade dos atendimentos (BRASIL, 2009).

Além disso, enfrentamos uma atenção clínica sumária (de baixa qualidade) e desrespeito ao usuário. Tradicionalmente, a principal estratégia para se mudarem essas situações tem sido a capacitação, pela qual se pretende preencher lacunas de formação e promover a adesão ao uso de protocolos e programas, estimulando modos de cuidar coerente com os princípios do SUS (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde surge como uma estratégia para se lidar com esta realidade, propõe a implementação pelos municípios de uma série de estratégias educacionais, das simples reuniões em equipes aos processos formais por meio de instituições de ensino, sendo o “apoio institucional” a principal delas (BRASIL, 2009).

Davini (1995) afirma que a Educação Permanente em Saúde se constitui como uma ferramenta capaz de gerar novos modelos e práticas de trabalho por meio da transformação das ações técnicas e sociais.

Motta (1998) apresenta a Educação Permanente como uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo, de transformação de valores e conceitos dos profissionais.

O Ministério da Saúde (MS), em 2004, elegeu a Educação Permanente como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor.

Educação Permanente em Saúde (EPS), tal como concebida pelos gestores do MS, adota como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa - aprendizado de algo que faça sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho (SAKAI, 1996; VENTURELLI, 2006).

Nesse contexto de desafios e de compromissos, a formação e o desenvolvimento profissional que toma em conta o ensino, a gestão do SUS e o controle social no setor são fundamentais para estimular e desencadear novos perfis de trabalhadores e de gestores das ações, serviços e sistemas de saúde. As políticas e propostas nacionais que estão sendo implementadas pretendem dar condições para que o país possa ter uma gestão do trabalho e da educação com vigor de política pública. Há, no entanto, a necessidade de consolidar essas condições e transformar os órgãos de gestão e de formação para que revelem forte compromisso social (MANCIA *et al.*, 2004).

O MS incentivou através de recursos financeiros, as mudanças curriculares dos cursos de graduação, destacando a necessidade de desenvolvimento da abordagem sobre saúde e sociedade, planificação e administração, epidemiologia social e saúde das populações (BRASIL, 2003).

Esses incentivos objetivam oferecer cooperação técnica e/ou operacional para as escolas de graduação em saúde cujas reformas curriculares enfoquem as necessidades de saúde da população e do SUS; estimular a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, bem como, oferecer formação geral, crítica e humanística e oportunidade de capacitação em clínica ampliada de saúde e, trabalho em equipes multiprofissionais e transdisciplinares (MANCIA, CABRAL e KOERICH, 2004).

Assim, ao interferir no processo de formação dos profissionais da saúde, o MS pretende provocar mudanças no perfil do profissional para que sejam adequadas a abordagem pedagógica e a articulação dos conhecimentos; para que sejam formados com competência geral e capacidade de resolubilidade, com garantia de atenção integral e de qualidade à saúde da população (MANCIA, CABRAL e KOERICH, 2004).

As Universidades receberam recursos financeiros do MS ao apresentarem projetos de mudanças curriculares, desde que articulados com os serviços e atividades intercurtos (MANCIA, CABRAL e KOERICH, 2004).

Neste contexto, o município de Alfenas aderiu, através da Portaria 2.101 de 03 de Novembro de 2005, ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, uma parceria do Ministério de Educação com o Ministério da Saúde, inicialmente com o curso de medicina da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS, e recentemente com os cursos de Enfermagem, Nutrição e Farmácia da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL, e desde então vem buscando alcançar uma maior integração ensino-serviço, com conseqüente inserção dos profissionais de saúde no cenário real de práticas nos diversos âmbitos da rede SUS, com ênfase na Atenção Primária.

O respectivo município aderiu também por meio da Resolução SES Nº 1495, 28 de Maio de 2008, ao Programa de Educação Permanente à Distância – PEPD, para os profissionais do SUS/MG, que tem como finalidade a realização e ações educativas á distância, utilizando o modelo de TV Corporativa associado à internet, desenvolvido no próprio ambiente de trabalho. Todas as equipes de PSF assistem às aulas todas as quintas-feiras no período das 15 às 16hs.

O município criou ainda em 12 de dezembro de 2008 a Comissão Permanente de Ensino e Serviço, no momento em fase de readequação com a incorporação de membros da sociedade civil organizada para a ampliação do debate acerca da Educação Permanente e cidadania.

Dessa forma, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, quando o aprender se incorpora ao cotidiano das organizações e ao trabalho. O objetivo central dessa proposta é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações (CAMPOS, 2001).

Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde (BRASIL, 2004). A ideia é que os profissionais da saúde se aproximem cada vez mais dos pacientes, levando em conta as necessidades do lugar em que estes vivem.

Outras prioridades mais operacionais, que visam à qualificação da equipe de saúde como definição de protocolos, disponibilidade de informações e implantação de mecanismos de comunicação, também foram evidenciados em alguns discursos dos profissionais médicos.

Com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde do governo estadual desde abril de 2009, na região macrossul de Minas Gerais e em Alfenas, as equipes de saúde, incluindo o profissional médico, estão sendo capacitados em serviço, na perspectiva de reorganização da atenção primária à saúde e da constituição da rede de atenção à saúde municipal e microrregional (MARQUES, 2009).

Muito ainda deve ser desenvolvido uma vez que mudar o pensamento é transformar posturas adquiridas ao longo dos anos, e isto demanda tempo e comprometimento de todos os envolvidos que, desafiados a sair da postura tradicional e do conforto dos saberes adquiridos, desconfiam ainda das metodologias ativas, da construção de vínculo e da importância de se articular educação permanente à educação continuada, dispositivos de mudança do processo de trabalho em saúde (ARRUDA, 2008).

5.3.3 Resolubilidade e Integralidade das Ações

“(...) É necessário mais resolução para unidade básica ou mais vagas nas especialidades” (ID. 19).

“(...) Que a resposta às consultas solicitadas cheguem realmente de retorno ao médico que solicitou para inclusive, aprimorar seus conhecimentos e também para poder acompanhar esses pacientes no futuro, suas necessidades do encaminhamento ao especialista” (ID. 18).

“Os médicos da assistência básica tenham pleno conhecimento das suas limitações (...) em casos de dúvidas procurar o profissional especializado para se informar, ou seja, intercâmbio pessoal direto entre os médicos da assistência básica e os das clínicas especializadas” (ID. 2).

O SUS implica entender a saúde como um direito da cidadania, que equivale ao direito à própria vida. No contexto do SUS, as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e gerido sob responsabilidade das três esferas autônomas de governo (federal, estadual e municipal). O SUS segue uma mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos, em todo o território nacional. Não se trata, portanto, de uma prestação de serviço ou uma instituição, mas de um “Sistema” estruturado em nível nacional, composto por unidades, serviços e ações que interagem, objetivando um fim comum, baseado em princípios (BRASIL, 2009).

Assim pode-se definir resolubilidade como a responsabilidade de cada serviço por resolver os problemas de saúde que lhes são apresentados pelos usuários ou pelo conjunto da comunidade, de acordo com sua estrutura e capacidade tecnológica, acolhendo os usuários de saúde na referência e de contrarreferência (BRASIL, 2009).

A resolubilidade das ações das unidades de atenção básica tem íntima relação com a adequação das ações dos níveis secundário e terciário e a integração da rede assistencial: a disponibilidade de transporte ágil e competente para efetuar a transferência de pacientes, a existência de uma central de regulação de leitos hospitalares qualificada, a agilidade na realização e no retorno de resultados de exames complementares, o funcionamento dos instrumentos de referência e de contrarreferência no processamento e pareceres especializados, o fluxo adequado na dispensação e fornecimento de medicamentos, dentre outro (ALBURQUEQUE, 2007).

O princípio da integralidade se refere às ações de saúde combinadas e voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de cada cidadão: O SUS tem

obrigação de oferecer atenção integral à saúde, de forma individual e/ou coletiva, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2009).

Diferentemente da universalização, a integralidade é um desafio transponível. Permite uma racionalidade, desde que cientificamente sustentada. O SUS, de garantir aos brasileiros cuidados integrais e necessários a uma vida saudável, incluindo aí prevenção, promoção e tratamentos. Contudo, há um razoável consenso da nossa sociedade, no sentido de o direito à integralidade estar sustentado em evidências científicas e princípios éticos, validados socialmente. Isso permite organizar a oferta dentro de padrões racionais e realmente impactantes de saúde (MARQUES, 2009).

A integralidade, corretamente interpretada nos sistemas de saúde, racionaliza a oferta dos serviços e, por isso transforma-se em instrumento fundamental de melhoria da eficiência dos gastos em Saúde (SALTMAN E FIGUERAS, 1997).

Como propõe Carvalho (2006), a integralidade regulada se impõe ao SUS e se expressará na definição da oferta, a todos os brasileiros, de um conjunto de serviços, em conformidade com as necessidades de saúde da população e em sua aceitabilidade social.

Neste sentido a Secretaria municipal de saúde de Alfenas tem trabalhado para a implantação e a implementação do prontuário *on-line*, bem como da informatização das farmácias básicas periféricas e das fichas de encaminhamento a consultas especializadas, visando a uma maior integração das informações, otimização e agilidade no atendimento ao usuário.

A implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde em que a atenção primária à saúde é o ponto coordenador da rede de atenção à saúde que

envolve os diversos níveis de atenção á população vem contribuir para o aumento da resolubilidade do SUS (MARQUES, 2009).

5.3.4 Financiamento e Maior Demanda por Especialidade

“Melhoria no valor do repasse das consultas, tanto das unidades básicas como das especialidades” (ID. 44).

“Aumentar o número de especialistas” (ID. 27).

“Tratar a especialidade oftalmologia à parte, visto que o exame depende de equipamentos adequados e deve ser sempre atendida pelo especialista” (ID. 6).

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo. Equacionar a autonomia federativa, a hierarquia dos serviços de forma sistêmica, às responsabilidades sanitárias e de financiamento têm sido o trabalho constante das instâncias colegiadas do SUS (SANTOS e ANDRADE, 2007). Chegar a um limite ou a um teto financeiro às demandas locais, regionais, estaduais e nacionais tem sido o foco de debates nos Poderes Executivos e Legislativos brasileiros. Esse é sem dúvida o maior desafio para os gestores do SUS, que têm o compromisso de proporcionar melhor qualidade de vida aos cidadãos (CNM, 2008).

A insuficiência do financiamento talvez represente o fator preponderante, associado à pressão de demanda por variados serviços nas áreas mais ricas e desenvolvidas. Assim, certa ineficiência alocativa prevalece. A inexistência de redes integradas de atenção à saúde no País dificulta ainda mais uma alocação equilibrada (MARQUES, 2009).

Verifica-se clara tendência da maioria das sociedades de especialistas de definir de modo extremamente rígido a área de competência das especialidades, conseqüentemente negando aos demais médicos capacidade para realizar

procedimentos incluídos na área de competência regulamentada por cada especialidade (AMB, 1994).

Desde a década de 1970, a fragmentação do trabalho médico em múltiplas especialidades tem sido tema de debates, uma vez que tem dificultado o diagnóstico e a instituição de terapêuticas em tempo hábil. Em decorrência, multiplicam-se os encaminhamentos e a realização de exames complementares injustificados, aumentando os custos em saúde (FREIDSON, 1978).

O financiamento inadequado, deficiente e a ausência de um modelo correto de organização do sistema de oferta de serviços são as maiores dificuldades atuais do SUS (MARQUES, 2009).

A Lei nº 8.142/90 define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como, por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais (BRASIL, 1990).

Em 13 de Setembro de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 com o objetivo de definir a forma de financiamento da política pública de saúde de maneira vinculada à receita tributária. O financiamento do SUS passou a ser garantido constitucionalmente. A base vinculável é composta pelos impostos pagos deduzidas as transferências entre governos (ALMEIDA JUNIOR e COSTA JUNIOR, 2006).

Para viabilização do cumprimento de EC 29 foi fixado um período de transição até 2004. O governo Federal deve corrigir anualmente o orçamento da saúde com base na variação do produto interno bruto (PIB) do ano anterior. Já os Estados deveriam até 2004, estar aplicando pelo menos 12% da base vinculável. A

regra para os municípios é semelhante, sendo os percentuais de pelo menos 15% da base vinculável a partir de 2004 (ALMEIDA JUNIOR e COSTA JUNIOR, 2006).

Segundo Carvalho (2009), a maioria dos entes federados (16 Estados) não cumpre com o percentual mínimo de 12%. Minas Gérias e Rio Grande do Sul são os Estados que menos aplicaram na saúde (7,09 e 3,75, respectivamente) em 2008. O Ministério da Saúde deixou de aplicar 5,48 bilhões entre 2001 e 2008. Quase a totalidade dos municípios aplica o percentual mínimo de 15%. Alfenas - MG investiu, no ano de 2008, 16,75% do orçamento na saúde (SIOPS, 2008).

Mesmo as pesquisas mostrando uma curva ascendente de satisfação entre os usuários do SUS, o sistema tem grandes desafios pela frente. Para atingir seus quatro princípios basilares, fixados constitucionalmente, será um desafio permanente a ser alcançado: universalidade, integralidade, equidade com controle social e efetivo financiamento (MARQUES, 2009).

5.3.5 Protocolos

“Obrigatoriedade dos formulários para a marcação de consultas, constando informações completas sobre a justificativa do encaminhamento e exames complementares já realizados e medicamentos em uso. Um campo para a conduta tomada pelo especialista” (ID. 42)

Segundo Castro (2006), é bastante clara e fundamental a necessidade de padronização de procedimentos e conseqüentemente dos dados a serem passados para os sistemas. Caso isso não ocorra, teremos invariavelmente uma vasta coleção de dados, que nunca se transformam em informação. Assim, o conjunto de protocolos serve como um organizador da demanda, triando os casos que chegam,

distribuindo-os em uma escala de prioridades, definindo seus encaminhamentos, funcionando como um organizador (pacificador) da espera (CASTRO, 2006).

As práticas assistenciais realizadas no serviço, enquanto baseados em protocolos, têm como pressuposto ser uma adequada opção clínica e estará respaldada pelas instituições que a legitimam (CASTRO, 2006).

Os protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção á saúde determinado. São documentos específicos (MENDES, 2009).

O Ministério da Saúde tem procurado, junto com Estados e municípios, negociar protocolos baseados em evidências, para regular a oferta dentro de serviços do SUS, submetendo-os aos Conselhos de Saúde. Uma avaliação permanente de novas inclusões tecnológicas, seja na área de medicamentos ou equipamentos de diagnósticos e terapêutica, é necessária (MARQUES, 2009).

Estudos realizados em Londrina, Estado do Paraná, referentes à Toxoplasmose na gestação, demonstraram que a existência de um protocolo na época do estudo poderia ter evitado possíveis eventos adversos a medicamentos desnecessários, preocupações da gestante com o feto e a falta de tratamento em caso de infecção, além da diminuição dos gastos (MARGONATO *et al.*, 2007).

A demonstração de vantagens enfatiza ainda mais a importância do seguimento de um protocolo, uma vez que, quando há sucesso em sua implantação, funcionam como facilitadores locais de adesão às boas práticas (POLANCZYCK, 2004).

Seguindo esta lógica, a Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas (SMSA) instituiu uma comissão formada por médicos, enfermeiras e fisioterapeuta,

para elaboração de protocolos. Estes vêm sendo adotados para normalizar as condutas de atenção. Entre os protocolos já elaborados e implementados estão: Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão/Diabetes, Atendimentos às DST-Manejo Clínico – Protocolos de Atendimentos. Outros protocolos já estão em fase de elaboração, como: Coleta de exame citopatológico. Tais protocolos são elaborados em consonância com as Linhas Guias preconizadas pelo Estado de Minas Gerais.

As Linhas Guias são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, em todos os pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde (MENDES, 2009).

No entanto, há que se cuidar da elaboração e implementação de estratégias, como responsabilização da equipe de saúde, respaldo técnico das sociedades científicas e hospitais universitários na elaboração de protocolos e treinamento de profissionais, investimento nas capacitações técnicas e gerenciais, monitoramento de queixas e reclamações de usuários, com pronta resposta das partes envolvidas e atuação dos Conselhos de Saúde, que favoreçam a adesão dos profissionais e usuários ao protocolo a ser seguido (CARVALHO, 2004; JIMENEZ, 2003).

5.3.6 Referência e Contrarreferência

“Que os médicos especialistas nos devolvam a contra-referência, atualmente uma parcela pequena de médicos preenche a contra-referência” (ID. 1).

“A referência e contra-referência é fundamental, mas há que se agilizar o atendimento do paciente, para que as informações não se tornem inúteis” (ID. 21).

A referência e a contrarreferência foram as mais citadas nos discursos dos médicos entrevistados, o que evidencia a preocupação destes profissionais em ter este sistema funcionando de forma efetiva. Os depoimentos a seguir demonstram esta necessidade.

Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado da Saúde vem implementado, desde 2003, a reestruturação da rede estadual de atendimento do SUS. Esta reorganização pressupõe a transformação da rede hierárquica em uma rede poliárquica (MENDES, 2009) de atendimento, na qual o foco principal passa a ser a Atenção Primária e a Promoção da Saúde, permitindo a superação da lacuna existente entre as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, cuja base estava fundada em um modelo tecno-assistencial.

A estratégia fundamental de mudança proposta pelo governo de Estado para o SUS em Minas Gerais está na implantação de sistemas integrados, com a formação de redes de atenção à saúde capazes de responderem às condições agudas e crônicas existentes no Estado (MARQUES, 2009; MENDES, 2009).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MARQUES, 2009; MENDES, 2009).

O desenho de redes de atenção à saúde faz-se combinando quantidade e qualidade dos serviços e condições de acesso. As redes de atenção à saúde têm

como elementos constitutivos: a população adstrita, o modelo de atuação e a estrutura operacional (MARQUES, 2009; MENDES, 2009).

Três sistemas de apoio assistencial são fundamentais para o adequado funcionamento das redes: sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e o sistema de informação em saúde. As redes contam, ainda, com o suporte de quatro outros sistemas logísticos: sistema de identificação do usuário (cartão de identificação), sistema de informação clínica (prontuário clínico), sistema de acesso regulado à atenção à saúde e o sistema de transporte em saúde (MARQUES, 2009).

Assim, o sucesso das redes de atenção à saúde depende de um bom desempenho da Atenção Primária a Saúde (APS) em três papéis fundamentais:

- . Resolubilidade: a APS deve resolver cerca de 85% das condições mais comuns na comunidade.

- . Coordenação: a APS deve coordenar o fluxo de pessoas e informações ao longo de toda a rede. Deve cumprir o papel de “demandante” aos demais pontos.

- . Responsabilização: deve ser responsável pelos resultados sanitários e econômicos da população de seu território.

Neste sentido o sistema de referência e de contra-referência se torna fundamental e indispensável para a operacionalização efetiva e eficiente da rede de atenção á saúde.

6 CONCLUSÕES

A garantia do princípio da universalidade e de integralidade através do acesso aos serviços de saúde permanece ainda um dos maiores problemas enfrentados pelos gestores e usuários do SUS.

Um sistema organizado em rede, com mecanismos que garantam a articulação entre os serviços de saúde, além dos potenciais ganhos na qualidade da atenção prestada à população, facilita o acesso dos usuários em todos os níveis de complexidade e constitui ponto importante de fortalecimento do SUS.

Os resultados e as análises obtidas neste estudo permitem chegar às seguintes conclusões em relação à implantação do mecanismo formal de referência e de contrarreferência de consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas-MG:

- A grande maioria dos usuários que procuraram os serviços de saúde é do sexo feminino, com predominância da faixa etária adulta.

- Entre as unidades de origem, as unidades mista e de nível secundário foram às responsáveis pelo maior número de encaminhamentos às consultas especializadas; tal situação, compromete a constituição e o ordenamento do fluxo e contrafluxo do usuário na rede de atenção à saúde.

- A unidade de referência secundária municipal foi a que mais realizou atendimentos, uma vez que se trata da primeira referência secundária aos usuários do SUS do respectivo município.

- O tempo médio de acesso da consulta na unidade de origem à consulta na unidade especializada denota certa demora para o atendimento, o que impede que a integralidade da assistência seja praticada de maneira eficiente.

- Apesar de o maior número de exames solicitados, tanto pelas unidades de origem como pelas unidades de especialidades, ser de baixo custo, determinados exames de alto custo foram solicitados em algumas unidades de origem, o que pode interferir na organização do fluxo do sistema, uma vez que estes deveriam ser feitos somente para elucidação diagnóstica nas unidades de especialidades.

- As doenças do sistema osteomuscular, do tecido conjuntivo e cardiovasculares foram às principais diagnosticadas, o que possivelmente estava relacionado à faixa etária atendida, que levou ao maior número de encaminhamentos para as especialidades de ortopedia, dermatologia e cardiologia.

- Quase a totalidade dos usuários atendidos nas unidades de especialidades não foi contrarreferenciada às unidades de origem, apesar de a grande maioria dos depoimentos dos profissionais médicos ter evidenciado uma preocupação em se ter um mecanismo que garanta a referência e a contra-referência de forma eficiente. Essa prática desperta a preocupação em estabelecer nestes profissionais o compromisso com a contrarreferência dos usuários, uma vez que este mecanismo só será efetivo quando houver o empenho pessoal de cada profissional.

- Em relação à cobertura assistencial no período de 2006 a 2008, houve redução das consultas especializadas e das consultas de urgência e emergência e um incremento das consultas básicas, mas ainda distantes dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

- Pela análise da avaliação dos profissionais médicos referente à ficha de encaminhamento para consultas especializadas utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas - MG, 72,4% apresentaram escore entre 10 e 20 pontos, indicando que tais profissionais concordam totalmente ou concordam da

necessidade de o Setor de Regulação da SMSA padronizar o formulário de encaminhamento a consultas especializadas.

- Entre as principais sugestões referidas pelos médicos citam-se: realização de cursos de capacitação para os profissionais médicos, com o intuito de promover o compartilhamento de conhecimentos e trocas de experiências; aumentar o número de médicos especialistas, maior resolubilidade na assistência, incentivar a contrarreferência dos médicos especialistas para a atenção primária e criar mecanismos mais efetivos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção do sistema.

Finalmente, conclui-se que há necessidade de se elaborarem critérios através de protocolos clínicos, bem como a informatização das fichas de encaminhamento para as consultas especializadas juntamente com o prontuário eletrônico, visando a uma garantia de socialização das informações e uma maior agilidade no atendimento ao usuário.

Há que se criar protocolos assistenciais (clínicos e operacionais) e formular indicadores de qualidade do mecanismo de referência e de contrarreferência, sem os quais não é possível verificar a qualidade dos serviços prestados para além dos aparatos formais e legais.

Cabe ressaltar a importância de se implementar o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde no município de Alfenas, uma vez que este propõe a organização do sistema de saúde em forma de redes de atenção. O desenho destas redes faz-se combinando quantidade e qualidade dos serviços e condições de acesso às ações e serviços de saúde, permitindo uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada.

Nesse contexto, o atendimento aos usuários no nível secundário estará integrado à rede de atenção à saúde e as demandas programadas como a espontânea serão contempladas na conformação dessa rede. Assim, com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde no município o sistema de saúde local buscará melhores resultados na atenção à saúde, melhorando a qualidade da assistência aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALBURQUEQUE, Carla Pontes de. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade: narrativas e tessituras. 2007. 303 f. Tese (Doutorado) Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2007.
- AMB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. *Regimento da AMB*. Brasília, DF, 1994.
- ANDRADE, L. O. M. SUS Passo a Passo: gestão financiamento. São Paulo: Hucitec, 2001.
- ANJOS, L. A. S. et al. Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade de saúde atendendo população favelada. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 50 a 56, jan./mar. 1992.
- ARRETCHE, M. Federal financing and local management of social policies: the balance among regulation, accountability and autonomy. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2008.
- ARRUDA, M. P, *et al.* Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. Rev. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, v. 32. n. 4,p.13, Oct./Dec. 2008.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 3, p.815-823, 2003.
- AZEVEDO, A. L. M. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. 2007. 177 f. (Dissertação de mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv. Saúde, Brasília, v. 13, n. 1,24 f, DF, mar. 2004.
- BRASIL. Resolução CIPLAN nº 3, de 25 de março de 1981. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. 2 ed. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição de 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8.080, 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] República Federativa do Brasil, Brasília, Seção 1.set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde,1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS: Planejamento Local. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde,1990c.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. abr. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1101, de 12 de junho de 2002. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/2002. Brasília_DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 423 de 09 de julho de 2002. Brasília_DF: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caminhos para a Mudança da Formação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília_DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília_DF, Ministério da Saúde, 2004.14p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília_DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.101 de 03 de Novembro de 2005. Institui Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-saúde, Brasília_DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS/Ministério da Saúde - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília_DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Implantação de Complexos Reguladores Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. v. 6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Décima Revisão. v. I, 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Conasems, 2009. 200p. (Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde).

BRASIL. RESOLUÇÃO, SES Nº 1495, 28 de maio de 2008. Institui Programa de Educação Permanente à distância – PEPD, para profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS/MG. Disponível em: < www.saude.mg.gov.br> Acesso em: 03 out. 2009.

CALEMAN, G. MOREIRA, M. L.; SANCHEZ, M. C. Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.5 (Saúde & Cidadania).

CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 2, n. 25, p.53-59, 2001.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 141-144, Jan./mar. 1997.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p.507-515, abr./jun. 2000.

CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação de implantação de programa de pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil. Estudo de coorte em primigestas. Cad. Saúde Pública, n. 20, p. 5220-5230, 2004.

CARVALHO, G. Promoção da cidadania com responsabilidade fiscal, social e sanitária. In: CONGRESSO DO CONASEMS, 22. 2006, Recife, Anais...Recife, 2006.

CARVALHO, F. Verba da saúde paga almoço de preso e farda. Folha de São Paulo, São Paulo, 14 Set. 2009. (Caderno Cotidiano, p.1.).

CASTRO, Abílio José Ribeiro de. *Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde / organizado por Abílio José Ribeiro de Castro e Maria Emi Shimazaki*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2006.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13, n.3. Rio de Janeiro, Jul/set. 1997.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COHN, A.; ELIAS, P. E. Saúde no Brasil Políticas e Organização de Serviços. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1977, Brasília. Anais... Brasília_DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1978.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1980, Brasília. Anais... Brasília_DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Anais... Brasília_DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992, Brasília. Anais... Brasília_DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS – CNM. *Saúde Municipal: Orientações para a Qualificação da Gestão*. In: Confederação Nacional dos Municípios: CNM. Brasília: CNM, 2008.v.7.

COSTA, M. F. L. Influência da idade e da escolaridade no uso dos serviços preventivos de saúde – Inquérito de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 13, n. 4, p. 209-215, 2004.

COURTEANAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med., n. 50, p. 1385-1401, 2000.

DANTAS, F.; SOUSA, E. G. Ensaio da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática. Rev bras educ méd., Rio de Janeiro, v. 32, n. 4. Oct./Dec. 2008.

DAVINI, M. C. Educacion permanente em Salud. Washigton,1995.(Paltex para ejecutores de programas de salud, 38).

DISTRITOS SANITÁRIOS: Concepção e Organização. Saúde & Cidadania. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_01/04.html>. Acesso em: 22 jan. 2008.

ESCUDE, M. M. L. et al. Assessing morbidity in the paediatric community. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 349-357, ago. 1999.

FAVERO, N. *Estudo do processo de referência e contra-referência de um hospital universitário*. 1986 Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1986.

FERREIRA, S. R. *Médicos e Medicina*. Evolução e mudanças em meio século. *Medicina*, Ribeirão Preto, n. 28, p. 31-39, 1995.

FIGUEIREDO, W. Bamford M, Williamson P. Men's health: um desafio para os services de atenção primária. *Ciência e Saúde coletiva*, n. 10, p. 105-109, 2005.

FREIDSON, E.. *La Profesión Médica*. Barcelona: Península, 1978.

GOYATÁ, S. L. T. et al. Avaliação da cobertura assistencial de um sistema municipal de saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfilwindowat.php?codmun=310160>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

JIMENEZ, E. J. B.; SHIMANAZAKI, M. E. Programa Mãe Curitibana: avançando na humanização da atenção materno-infantil. *Divulg Saúde Debate*, n. 26, p.21-29, 2003.

JULIANI, C. M. C. M; CIAMPONE, M. H. T. Organização do Sistema de Referência e Contra-referência no Contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 33, n.4, p.323-333, dez. 1999.

KISIL, M. *Níveis de atenção num hospital escola; avaliação através da complexidade tecnológica dos métodos diagnósticos*. 1977. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública da USP – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977.

LOBO, L. C. G. Sistema de Saúde: análises e propostas. *Educ. Méd. Salud*, v. 20, n.2, p. 222-234, 1986.

LOPES, J.L. A ética médica na formação do profissional de medicina. *R Bras Educ Méd.*, n. 4, p. 45-52, 1980.

LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. et al. *Homens e cuidado: uma outra família?* In: ACOSTA, AR, Vitale MA, Org. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003. p. 79-91.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do Projeto Bambuí. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.

MACHADO, et al. Interconsulta a distância: a utilização do E-mail na referência e contra-referência de pacientes com doenças endócrinas. In: 8º ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG. Anais... Belo Horizonte: UFMG, 2005.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 57.n.5., set./out. 2004.

MARGONATO, F. B., et al. *Toxoplasmose na gestação: diagnóstico, tratamento e importância de protocolo clínico.* Rev. Brás. Saúde Materno Infantil, Recife, v.7. n. 4, p.6, Oct/Dec. 2007.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza et al. O Choque de gestão na Saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2009. 324 p. il.

MENDES, E. V. (Org) *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* 2 ed. São Paulo, HUCITEC, 1994. Cap. 1, p. 19-91.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MENELEU NETO, J.; SANTOS, J. B. F.; ANDRADE, J. T. O Trabalho do Médico: De profissional liberal a assalariado. Fortaleza: Estação: CETREDE/ UFC/ UECE, 2006.

MENEZES, C. S. *A unidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo.* 1998. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 1998.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.

MOTTA, J. I. J. Educação Permanente em Saúde: da política do consenso à construção do dissenso. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 1998.

PAULUS JUNIOR, A; CORDONI JUNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Rev. Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p. 13-19, dez. 2006.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência Saúde Coletiva. n.7, p. 687-707, 2002.

POLANCZYCK, C. A. Aplicando protocolos na doença cardiovascular. Arq. Brás. Cardiol., n. 82, p. 307, 2004.

POLIT, D F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

ROSA, A. R. Ética Médica a propósito do diagnóstico por imagem. Rev. Ciências Médicas, n. 7, p. 3-7, 1998.

ROUQUAYROL, M. Z, ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SAITO, R. X. S. Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da integralidade. 2004, p.146. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SAKAI, M. H; LIMA, G. Z. P. B. L. Uma visão geral do método: olho mágico. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Londrina, v. 2, n. 5/6, n. esp, 1996.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1997.

SANTOS, J. S. Mudanças de impacto: o processo de desospitalização e humanização do sistema de urgência e emergência em Ribeirão Preto. Rev. Ser Médico, v.4, n.18, p.14-17, 2002.

SANTOS, Lenir. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos o SUS. In: interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. SANTOS, L.; ANDRADE, O. M. de A. - Campinas, SP: Instituto de Direito Aplicado: CONASEMS, 2007.

SARMENTO JUNIOR, K. M. A.; TOMITA, S.; KOS, A. O. A. O problema de fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v.71, n. 3, p. 256-262, Maio/Jun. 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS- SESMG. Oficina 1 da Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: A modelagem das redes de atenção à saúde - Rede de atenção em urgência e emergência, 22-23 de abr. de 2009. 32 f. Notas de aula: Apresentação de Slides.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 80-91, jan/mar, 1994.

SILVA, E. M. S. O processo de Tomada de Decisão para o Agendamento de Consultas Especializadas em Centrais de Regulação: proposta de um modelo

baseado em análise multi-critério. 2005. p. 131. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SIOPS – Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde, 2008. Disponível em: <[http:// siops.datasus.gov.br](http://siops.datasus.gov.br)> . Acesso em: 17 nov. 2009.

TELLEÍRA, J. M. *Reflexiones autocríticas acerca de una investigación sobre la búsqueda de atención y demandas en salud de hombres em Santa Cruz de La Sierra – Bolívia*. In: CÁCERES CF, et al. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.p.165-172.

VENTURELLI, J. Educación médica y en ciencias de la salud; inminencia y necesidad del cambio. [s.l.]: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Macmaster, (s.d.). Disponível em: <<http://www.educabrasil.com.br/eb/exe/texto>>. Acesso em: 25 nov 2008

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Medical Ethics Manual. 2005. Disponível em: <<http://www.wma.net/e/ethicsunit/resources.htm>>. Acesso em: 5 mar. 2007.

ANEXO A

	ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS	 HumanizAlfenas
1 – Unidade Origem:		Série/Número:
2 – Especialidade:		

DADOS DO USUÁRIO E MÉDICO SOLICITANTE			
3 – Nome usuário:	4 – SUS:		8 – Carimbo médico:
5 – Médico Solicitante:	6 – CRM:	7 – Atend. Básico: / /	

REFERÊNCIA
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA PARA ENCAMINHAMENTO
9 – Principais sinais e sintomas clínicos:
10 – Exames realizados:
11 – Justificativa do encaminhamento:

CONTRA – REFERÊNCIA
LAUDO TÉCNICO DA ESPECIALIDADE
(Deve ser preenchido pelo profissional da especialidade)
14 – Exames complementares:

15 – Diagnóstico final com CID-10:		
16 – Continuação do tratamento: () Unidade de Origem referenciada () Na especialidade		19 – Carimbo médico:
17 – Médico Especialista:	18 – CRM:	

Instruções para preenchimento no verso.

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA

APÊNDICE A - ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS DA REDE BÁSICA E ESPECIALIZADA SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA AS CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Neste formulário existem 05 questões de caracterização dos participantes da pesquisa e 10 afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e preencha cada item da lista cuidadosamente, preenchendo os campos e marcando com um X nos espaços correspondentes a cada afirmativa. Marque apenas uma alternativa por afirmativa.

1- Data: ____/____/____ 2- Especialidade médica: _____

3- Tempo (anos) de serviço na rede de saúde: de Alfenas/MG: _____

4- Idade: _____ anos.

5- Sexo: (1) masculino (2) feminino

6- Vínculo com o Sistema Municipal de Saúde de Alfenas/MG: (1) público e privado (2) público e contratado (3) somente público (4) somente contratado

1- Há necessidade do Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde ter um formulário padronizado para encaminhamentos dos usuários do SUS às consultas especializadas	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
	1	2	3	4

2- As informações constantes no formulário de encaminhamento para as consultas especializadas são importantes para o controle, a avaliação e a auditoria da assistência médica prestada ao usuário do SUS nas unidades de origem e nos ambulatórios de especialidades.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
3- A implantação do novo formulário de encaminhamento às consultas especializadas tem organizado o fluxo de atendimento dos usuários do SUS da atenção básica para a assistência secundária.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
4- Com a implantação do novo formulário é possível que haja redução dos encaminhamentos dos usuários do SUS às consultas especializadas	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
5- Com a implantação do novo formulário serão encaminhados às consultas especializadas e aos serviços de apoio diagnóstico de maior complexidade, os usuários que apresentarem problemas de saúde e agravos não solucionados na atenção básica ou no nível primário de atenção à saúde	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
6- Para o encaminhamento do usuário atendido na unidade básica para o ambulatório de especialidade deve-se considerar a capacidade de atendimento dos profissionais médicos especialistas e a oferta desses especialistas na rede de saúde local ou micro-regional.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
7- O novo formulário implantado facilita o acesso do usuário do SUS na assistência médica de menor complexidade para as de maior complexidade.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
8- Com a implantação do novo formulário os usuários terão conhecimento do fluxo de atendimento medico da rede básica à especializada.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
9- A contra-referência, ou seja, o encaminhamento do usuário à sua unidade de origem, quando for o caso, é importante para a continuidade de seu tratamento e/ou acompanhamento.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
10- A implantação do novo formulário organiza e sistematiza o fluxo de acesso dos usuários do SUS aos níveis de complexidades crescentes da atenção médica e de apoio diagnóstico no	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4

Sistema Municipal de Saúde de Alfenas-
MG

Dê sugestões para o aprimoramento do mecanismo de referência e contra-referência implantado a partir de dezembro de 2007 na rede municipal de saúde de Alfenas/MG:

APÊNDICE B

Alfenas, 30 de Abril de 2008.

Prezado Senhor,

Solicitamos à V.Sa. autorização para realização de uma pesquisa intitulada “Avaliação da implantação da referência e contra-referência de consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas-MG”, de autoria da Enfermeira Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues, sob orientação do Prof. Dr Carlos Frederico Loiola e Co-Orientação da Profª Drª Sueli Leiko Takamatsu Goyatá. Essa pesquisa será desenvolvida no Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Saúde e Meio Ambiente de Alfenas-MG e nas unidades de saúde da atenção primária e especializadas como Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado em **Saúde** da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS. Asseguramos que a identidade dos participantes da pesquisa será mantida em sigilo e que após a realização do estudo, os resultados serão divulgados. Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Enfermeira Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues

Aluna do Curso de Mestrado em **Saúde** da UNIFENAS

À Sua Senhoria o Senhor
Pompilio de Lourdes Canavez
D.D. Prefeito Municipal de Alfenas-MG

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Título do Projeto: Avaliação da implantação da referência e contra-referência de consultas especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas – MG.

Pesquisador Responsável: Carlos Frederico Loiola

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS

Telefones para contato: (35) 3698 2170 (35) 3291 7555 (35) 3299 3234

O Sr^(a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulada “Avaliação da implantação da referência e contra-referência de consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas/MG”, que tem como pesquisador responsável o Prof. Dr. Carlos Frederico Loiola e que será desenvolvido pela aluna do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde da UNIFENAS, Enfermeira Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues, sob orientação desse professor e co-orientação da Prof^a Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá, , cujo objetivo é avaliar a implantação da referência e contra-referência de consultas especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas – MG, assegurando os direitos e condições a seguir relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.

2. A liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento.

3. A segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à sua privacidade.

4. O compromisso de que será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a sua vontade de continuar dele participando.

5. A garantia de que não terá nenhum tipo de despesa para participar da pesquisa.

Alfenas, _____ de _____ de 2008.

Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues

Eu, _____, RG _____ nº _____
_____ declaro ter sido informado e concordo em participar,
como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Nome e assinatura do participante

