

TERESA CRISTINA ALVES SERANTES BERNARDES

**O USO DA REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA COMO
FERRAMENTA NA INTEGRALIDADE: SUA INTERFERÊNCIA NOS
GASTOS DO SUS**

**Assis-SP
2011**

TERESA CRISTINA ALVES SERANTES BERNARDES

**O USO DA REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA COMO
FERRAMENTA NA INTEGRALIDADE: SUA INTERFERÊNCIA NOS
GASTOS DO SUS**

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior do Município de Assis – IMENSA e a Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

ORIENTADA: Teresa Cristina Alves Serantes Bernardes

ORIENTADOR: Fernando Graciano de Brito

Assis-SP
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

BERNARDES, TERESA CRISTINA ALVES SERANTES BERNARDES
O USO DA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA COMO FERRAMENTA NA INTEGRALIDADE: SUA INTERFERÊNCIA NOS GASTOS DO SUS: Teresa Cristina Alves Serantes Bernardes – Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2011.

PÁGINAS.

Orientador (a): Fernando Graciano de Brito

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis.

1. Gestão de Saúde, 2. Referência e Contra-referência

CDD:651.7

Biblioteca da FEMA

**O USO DA REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA COMO
FERRAMENTA NA INTEGRALIDADE: SUA INTERFERÊNCIA NC
GASTOS DO SUS**

TERESA CRISTINA ALVES SERANTES BERNARDES

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
como requisito do Curso de Graduação.
Analisado pela seguinte comissão examinadora.

Orientador (a): _____
Fernando Graciano de Brito

Examinador (a) (2): _____
Rosângela Gonçalves da Silva

**ASSIS
2011**

Dedico este trabalho...

Ao meu pai, Amado Alves Bernardes,
que sempre me incentivou a estudar, me auxiliando, psicologicamente,
fisicamente e principalmente financeiramente, para que este sonho pudesse ser realizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a...

Agradeço a minha mãe, Dolores e ao meu pai, Amado pelo incentivo, compreensão e carinho, os quais foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

A meu Orientar Fernando Graciano de Brito, que colaborou no processo de construção deste trabalho, orientando os passos corretos para a execução do mesmo.

A minha amiga Rafaela Avanzi que me ajudou com orientações sobre a formatação desse trabalho.

Ao meu grupo de estágio pela companhia e cooperação nos desafios encontrados nessa etapa do curso.

E finalmente agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que eu desenvolvesse essa visão.



“O importante não é justificar o erro, mas impedir que ele se repita.”

Che Guevara

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo estudar o Sistema de Referência e Contra-referência como uma ferramenta para a integralidade e comparar com possíveis gastos extras causados por essa má comunicação. Ao acessar o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS-SIGTAP foi possível fazer uma estimativa de forma hipotética de quanto pode ser gasto por apenas um paciente no caso de um mau acompanhamento, sendo assim uma possível causa a falta de comunicação adequada.

Palavras- chave: Gestão em Saúde, Administração de recursos, Comunicação entre setores.

ABSTRACT

This work aims to study the reference and against-reference system system of referral and counter-reference as a tool to compare completeness and possible extra expenses caused by such poor communication. By accessing the Table Management System Procedures, Drugs and OPM- SUS SISTAP was possible to estimate so hypothetical as it can be worn for only one patient in the case of a bad monitor, so a possible cause of the lack of proper communication.

Keywords: Health Management, Resource Management, Communication between sectors.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	03
2- PROBLEMATIZAÇÃO.....	08
3- FORMULAÇÃO DA HIPÓTESE.....	09
4- OBJETIVOS	11
4.1-OBJETIVO GERAL.....	11
4.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
5- RELEVÂNCIA/JUSTIFICATIVA.....	13
6- METODOLOGIA.....	14
7- REVISÃO DE LITERATURA.....	15
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro iniciou apenas para que a classe trabalhadora não adoecesse, a fim de evitar gastos e afastamento. Estes foram os motivos que originaram os projetos para iniciar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1923 surgiu o Sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) a fim de atender a primeiro momento os trabalhadores ferroviários, mas acabou se estendendo aos marítimos e estivadores. Este cresceu muito rapidamente e oferecia além da aposentadoria e pensão, atendimento médico e medicamentos.

Para suprir necessidades que o CAPs não supria foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), e em 1926 o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) para os servidores federais, e em 1953 o último que era destinado aos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP).

Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) até então somente praticado nos serviços particulares e nunca pelo estado. Este embora debilitado, atendia devido a consorciação dos IAPs.

Apesar desse grande avanço do atendimento médico previdenciário, este era de importância secundária, e os IAPs por serem diferenciados de acordo com seus contribuintes, apresentavam diferenças no atendimento, e diferente controle de seus orçamentos, o que gerou reclamações e a necessidade de unificar esse sistema, para diminuir as desigualdades, porém existiam opiniões controversas que temiam a centralização no poder do estado, retirando o poder do trabalhador.

Para satisfazer ambas as vertentes, foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops- Leis nº 3807 de 26/8/1960), que estabelecia normas que facilitaram a futura unificação desse sistema, onde uniformizava os benefícios concedidos, contribuições para financiamento do sistema, procedimentos administrativos dos institutos. Embora ainda houvesse diferenças no atendimento, este foi um primeiro passo para a mudança.

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que surgiu em 1942 num acordo entre Brasil e Estados Unidos seguia uma outra vertente de atendimento que até o momento era uma novidade, com a função de dar apoio médico-sanitário nas regiões de produção de matérias tirando assim então os serviços de saúde pública apenas das áreas urbanas. Este modelo que iniciou foi pioneiro e instituiu na saúde o atendimento domiciliar, preventivo, curativo, e equipes que se dedicavam de maneira integral ao programa.

Após a criação do Serviço Social de Saúde (SESP), em 1953 foi criado o Ministério da Saúde. Estas mudanças foram responsáveis pelos primeiros sinais do SUS que conhecemos, pois iniciou este processo e nesse período surgiram às primeiras ações de saúde pública, e se dividiu em ações preventivas e curativas, Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Previdência Social. Porém apenas a partir de 1963 foi que se municipalizaram os serviços de Saúde.

A princípio era possível escolher em qual hospital ser atendido, e qual profissional faria o atendimento. Os custos de uma internação eram pagos pelo governo, foi quando se notou que havia crescido exacerbadamente o número de internações a fim de receber o pagamento do governo.

O SUS só começou a funcionar de maneira mais organizada a partir da Constituição Federal de 1988, que garante que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Quanto aos custos seriam garantidos pelo art.195:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

- I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:
 - a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício.
 - b) a receita ou o faturamento;
 - c) o lucro.

A partir desse momento o SUS passa ser um programa financiado pelo governo federal, porém a integração com o Sistema Previdenciário não o ajudou muito.

Hoje o SUS recebe recursos da União e outras fontes de financiamento que são contemplados no Orçamento da Seguridade Social, onde são repassados por transferências automáticas e regulares realizadas fundo a fundo e pagamento direto à alguns serviços devidamente cadastrados de acordo com as normas estabelecidas em portarias.

Esta transferência é um repasse dos recursos do fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde de acordo com a necessidade de cada local e sua aderência a programas de saúde do governo, porém há uma verba que chega aos Serviços de Saúde independente dos programas desenvolvidos pela Gestão, ou seja, esta é comum a todos, e se baseia pela população local.

Estes financiamentos funcionam da seguinte maneira, a atenção básica recebe o Piso de Atenção Básica (PAB) que é transferido mensalmente e baseado num cálculo per capita e se divide em PAB Fixo e Variável. O PAB Fixo é regular e automático, ele vai do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde dos municípios, já o PAB Variável, é transferido mediante a implantação de programas de saúde.

Há também o MAC que é o Teto Livre de Média e Alta Complexidade que já é transferido de antemão aos municípios, as internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais recebem este fundo de maneira diferente, estes recebem pagamento direto por procedimentos realizados, ou seja, a instituição deve entregar um faturamento onde constam os procedimentos realizados e estes são pagos através de uma tabela de preços pagos pelo SUS. Este é realizado por um sistema chamado SIGTAP, onde se distribui o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

O SUS tem como princípios doutrinários a Equidade, Universalidade e Integralidade para com seu atendimento. A necessidade de manter essa integralidade diz que cada pessoa é um todo indivisível, que as ações de saúde não podem ser compartimentalizadas, e que as unidades independente de sua complexidade também é um todo indivisível sendo capaz de prestar a assistência de forma integral, originou o sistema de referência e contra-referência.

A Referência e a Contra-referência é o sistema de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade do sistema para que o paciente seja assistido com base em seu histórico de saúde, porém este método embora esteja sendo aperfeiçoado, ainda contém grandes falhas na sua utilização.

A Referência é o encaminhamento que sai da unidade básica de saúde para o atendimento de maior complexidade, já a contra-referência é o caminho contrário, ela vem do atendimento de maior complexidade para o menor.

O trabalho parte de um pressuposto de que essa falta de comunicação possa causar um aumento desses gastos com repasses de verbas devido a procedimentos, pois se há procedimentos sendo realizados de maneira repetitiva pelo sistema secundário e terciário devido a falta de comunicação dos

mesmos com as Unidades Básicas de Saúde que deveriam realizar este acompanhamento diário a fim de evitar maiores gastos, pois a atenção primária custa menos para o SUS do que as demais.

PROBLEMATIZAÇÃO

O sistema único de saúde (SUS) tem como princípios:

- Universalidade
- Integralidade do atendimento
- Equidade
- Descentralização político administrativa
- Participação da comunidade

Porém podemos notar no cotidiano que não é possível atingi-los por completo e que deixamos a desejar em muitos momentos.

A integralidade é um princípio de extrema importância para a satisfação do cliente SUS, pois notamos que as maiores reclamações dos usuários é de que não conseguem ter um atendimento completo, são obrigados a ir de um lugar a outro sem ter conhecimento exato do que acontecerá, tornando esse um grande problema a todos.

Considerando que se o cliente tiver que procurar o serviço de saúde pelo mesmo motivo por várias vezes, isso causaria uma despesa extra e desnecessária, pois seguindo essa lógica, podemos dizer que seriam feitos exames diversas vezes e internações desnecessárias, afinal há uma divisão do atendimento que gera essa bola de neve, aumentando assim também os gastos, que no sistema que temos faz muita diferença, por mais que se pareça com detalhes.

Isto acaba criando uma ilusão de que o Sistema Único de Saúde na verdade se trata de um Sistema Carente, onde só se utiliza dele aquele que não tem condições de receber um atendimento “melhor”, mas vale lembrar que este não funciona como caridade, e sim, com o recolhimento de impostos que são repassados para que este possa funcionar, devendo assim atender a todos, e não apenas aos “necessitados”.

HIPÓTESE

Para solucionar esse problema de informação já existe uma ferramenta que supriria essa necessidade, que é o sistema de Referência e contra-referência, que seria responsável pela transição dessas informações.

O sistema funciona para ligar os serviços de saúde em suas diferentes complexidades, ou seja, do primário ao terciário e vice-versa, tornando assim um atendimento integral do paciente tratando um ser biopsicossocial.

Para compreender melhor o atendimento no SUS é dividido em três complexidades. A primária é responsável pelo atendimento de atenção básica, os PSF, ESF e UBS, o secundário compreende os serviços de urgência e emergência e ambulatorios de especialidades, e o terciário que é a internação hospitalar.

Para a ligação entre esses serviços é necessário que seja feita a utilização deste sistema, porém o que tem ocorrido é que ele não vem sendo utilizado de maneira correta, principalmente quando falamos principalmente de Contra-referência, pois para o atendimento em nível secundário e terciário é necessário que haja essa carta de referência para que seja realizada a consulta de especialidade ou internação hospitalar, exceto os serviços de Urgência, pois como sabemos, em uma urgência não se pode ter controle para prever e se antecipar, tornando assim inviável a utilização da mesma.

Sendo esta uma solução já encontrada, porque não vem sendo utilizada? Talvez por um misto de falta de informação, consciência, e preocupação com o motivo que fez com que ela surgisse, como por exemplo, o bem estar do paciente, mas além de tudo, pouco se fala dessa ligação da ausência de comunicação com o excesso de gastos no SUS.

Segundo alguns relatos de outros trabalhos, podemos perceber que com o bom uso desse sistema resolveríamos o problema da integralidade pois a qualidade da continuação do atendimento estaria garantida, conseqüentemente reduziria a reincidência de internação de pacientes pelas mesmas causas.

Mesmo esta sendo uma ferramenta médica, ou seja, que não está na atribuição da enfermagem atual, podemos nos voltar ao assunto quanto a questão de gestão, e esta é de interesse de todos em especial os profissionais da saúde e também da população em geral.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Levantar a ideia de que o não cumprimento dos princípios do SUS não o faz falhar apenas na sua forma de atendimento, mas também em seus custos.

É importante que seja considerada a questão de que quando um usuário perde, todo o sistema perde, pois se este é feito para tal, o resultado das ações de saúde, e a qualidade com que este é feito, tanto quanto tratamento, como satisfação do cliente, faz com que todo este trabalho seja realizado em vão.

A partir do momento em que o cidadão “necessita” pagar um plano de saúde para que este seja satisfeito, não estamos apenas falhando como profissionais, mas também violando os direitos da constituição que garante o atendimento a todos, sem distinção.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O objetivo específico desse trabalho é poder comparar o que temos no sistema de saúde que encontramos hoje, com o como ele deveria ser, e seus objetivos.

Temos na constituição direitos como já citados anteriormente a saúde, e este embora garantido não especifica qual o padrão de qualidade a ser seguido, pois o Sistema Único de Saúde não segue padrões pré- estabelecidos de outras instituições devido ao seu vanguardismo no atendimento. Embora este tenha mais de 20 anos e experiência suficiente para corrigir seus próprios erros ainda há a necessidade de levantar novos indicadores para que estes sirvam de base para fazer a diferença.

Um dos objetivos do trabalho é que se faça entender a necessidade de uma boa comunicação para a contenção dos gastos com saúde que podem ser desnecessários quando não há uma paridade entre as necessidades do paciente com o que vem sendo realizado.

Através desse deve-se definir prioridades no atendimento e principalmente no momento em que o usuário é transferido de um nível de atendimento a outro, dando assim continuidade ao tratamento de forma adequada.

Levantar os gastos com determinados procedimentos enquanto internação hospitalar e comparar com a ação preventiva das mesmas, é de suma importância para se conhecer os valores pagos pelo SUS em determinados casos.

RELEVÂNCIA/JUSTIFICATIVA

Durante o estágio extracurricular que realizei no Pronto Socorro Municipal da cidade de Assis, notei que muitos pacientes procuravam atendimento diversas vezes com o mesmo problema, entre os mais comuns destacam-se as *doenças crônicas não transmissíveis* como Diabete Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Ao procurar uma explicação, conheci melhor a referência e contra-referência, que ao pesquisar mais a fundo percebi que ela era muito pouco utilizada na cidade, e segundo referências, que por sinal são muito poucas, que este não é um problema apenas local.

Ao pesquisar sobre o que essa ausência de uso causava, encontrei algumas citações falando a respeito do custo que gerava sua ausência, pois exames eram realizados diversas vezes, e repetidas internações desnecessárias, graças à falta de contato entre as unidades de baixa complexidade, com as de média e alta, diminuindo assim a eficácia do acompanhamento realizado nas Unidades de Referência do paciente.

Vale ressaltar, que o assunto Gestão em SUS infelizmente, tem sido pouco estudado no âmbito da enfermagem, mas embora este nicho esteja um tanto quanto esquecido pelos profissionais dessa área, é de suma importância pois atinge de forma direta e indireta, e não deve ser avaliado apenas por administradores e economistas, como podemos notar ao estudar mais a fundo.

Portanto a importância de comprovar se a referência e contra-referência influenciam nos custos do SUS, afinal é uma ferramenta muito simples, que se bem administrada pode melhorar o uso das verbas municipais, além de sua função inicial de garantir o atendimento como um todo de um ser biopsicossocial.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é qualitativa, realizada através de revisão de literatura com pesquisas retiradas do banco de dados do LILACS, SCIELO, BIREME, onde foram analisados trabalhos de diferentes vertentes devido a falta de pesquisas sobre o assunto,.

A princípio foram levantados artigos por assunto relacionados ao sistema de referência e contra referência, caminhando por custos, financiamento do SUS.

Para comprovar a ideia foi utilizado um exemplo em forma de estudo de caso, porém de forma hipotética para realizar um calculo para possíveis gastos.

Para levantar esses valores foi utilizado o SIGTAP. Para isso ele foi instalado no computador para acessar a tabela de valores do SUS. Esta consulta foi realizada em uma sequencia onde você seleciona consultar, em seguida escolhe o procedimento, grupo, subgrupo e consulta novamente. Após realizar essa pesquisa ele te traz uma lista de procedimentos no qual foram selecionados aqueles que eram necessários para realizar o cálculo.

REVISÃO DE LITERATURA

Dentro do princípio da Integralidade do SUS, podemos destacar sua função que vem a ser o sistema funcionando como um todo, seguindo assim todos seus princípios, e evitando possíveis intercorrências no seu funcionamento de forma geral, considerando seu sistema de gasto, excelência no atendimento.

O SUS se divide em 3 áreas de complexidade, a primeira é a Atenção Primária que compreende as Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família, Secundária que são os atendimentos de especialidades e serviços de Urgência e Emergência, e a terciária que são as internações hospitalares.

O movimento do paciente por essas três esferas de atendimento ocorre- ou pelo menos deveria- de maneira organizada e crescente, considerando que um paciente receba o devido atendimento em um Posto de Saúde, podemos dizer que este é seu posto de referência, e este quando encaminhado para um serviço de especialidade é referenciado, e assim se repete no terciário, já no caminho reverso o paciente é contra-referenciado.

Esta é uma forma de organização do Sistema, e para que ela seja efetuada de maneira eficaz é que existe a ferramenta para o mesmo, ou seja, quando isto acontece é necessário que seja formulada uma carta de referência feita pela atenção primária, e esta é levada a Unidade onde será realizado o próximo atendimento, e quando o atendimento é realizado, por exemplo, após uma internação a Unidade Hospitalar devolve uma carta de contra-referência para que seja feito um acompanhamento adequado a partir desse ponto, pois para que este ocorra, é necessário que ambas as Unidades estejam cientes do que se passa com o paciente de forma integral, não apenas o problema a ser tratado no momento.

Segundo Fratini (2007):

Referência e contra-referência significa proporcionar ao usuário o acesso aos níveis diferenciados de complexidade, com o mérito de garantir a eficácia na utilização dos recursos e a universalização do acesso, a equidade e a integralidade.

Embora pareça simples de se fazer essa carta, há indícios de que ela não vem sendo utilizada. Algumas pesquisas já apontaram este como sendo um problema de comunicação entre os serviços de saúde. Em um estudo realizado em Botucatu-SP sobre o entendimento da enfermagem do sistema de referência e contra-referência feito em 1999 foi levantada a questão de que, “As informações dependem do relato do cliente que as transmite segundo entendimento e linguagem próprios, pois retorna à unidade de origem sem dados necessários sendo que muitas das informações são “perdidas”.” (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Isto gera um grande distúrbio das informações, nesse mesmo trabalho é levantada a questão dos custos quando diz que mesmo o paciente vindo com a referência, os exames são realizados novamente, pois não há confiança plena nos dados o que segundo ela, “Esses fatos implicam em **duplicação de trabalho e custo** para o sistema” (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

E embora este artigo tenha mais de dez anos, podemos notar que este é um problema muito atual ainda. Em um estudo publicado em 2011 na Revista de Enfermagem da UFSM sobre o uso da referência e contra-referência, encontramos depoimentos que afirmam que esse é um problema ainda muito presente.

Não existe. Até agora a gente não consegue e é importante essa contra-referência para a gente poder ter um acompanhamento com o paciente. Se o médico nos mandasse uma contra-referência. (TÉC ENF).

O sistema de referência existe, formado no papel, mas não existe de fato. Porque tem pacientes que ficam um ano esperando a consulta e quando vão consultar já estão com outros problemas piores. A contra-referência, na realidade, não existe. Raramente, a gente recebe um bilhete de um especialista. Referenciar a gente referencia, agora a contra-referência é meio ilusória (MÉD).(Machado; Colomé; Beck, 2011)

Sabendo-se que ainda ocorre esse tipo de dificuldade no atendimento, podemos sugerir que ainda haja os mesmos problemas de custo,

considerando que isto não ocorra apenas na Saúde, pois em questões administrativas o SUS funciona como uma empresa, onde seus gastos não podem ser maiores do que sua receita. Segundo livro comunicação eficaz nas empresas hierarquias rígidas dificultam a comunicação retardam e distorcem as informações no meio do caminho, o que dificulta a integralidade do serviço, impossibilitando a mútua cooperação.(Série Harvard Business Review Book, 1999).

Podemos assim dizer que esta falta de comunicação acarreta problemas, por exemplo, um paciente diabético que passe por uma internação hospitalar, ao voltar para casa ele não traz consigo uma carta de contra-referência, portanto não há condições de fazer o acompanhamento de acordo com o tratamento que ele teve durante a internação, recebera assim os cuidados básicos, como os outros diabéticos, porém, este não é suficiente, e então ocorre uma segunda internação, e esta segue o mesmo padrão durante muito tempo.

Para exemplificar vamos elaborar uma **hipótese**:

O paciente M.T.N. de 62 anos foi internado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Assis para realização de um procedimento cirúrgico em membro inferior esquerdo em região calcânea causado por “Perfusão tissular ineficaz “ (NANDA, 2007-2008) devido a complicações por *Diabete Mellitus*. Após realização do procedimento o paciente ficou internado na clínica cirúrgica realizando curativo, após 3 dias recebeu alta por não apresentar nenhuma intercorrência. Após 15 de ter recebido alta, o paciente retorna em uma segunda internação para a realização do mesmo procedimento. Ao ser questionado sobre seu acompanhamento no Posto de Saúde ele relatou que procurou a Unidade apenas uma semana depois da alta, e que após outra semana de atendimento eles o encaminharam para outra internação.

Análise:

Este caso embora fictício descreve algo muito semelhante ao que é vivenciado hoje nos hospitais, porém se formos mais a fundo nesta análise podemos identificar alguns tópicos importantes que já foram discutidos no texto.

- Podemos notar que o procedimento foi realizado de uma maneira suficiente para que o problema fosse resolvido naquele momento.
- Ao relatar sua experiência no posto de saúde, que seria o responsável para

continuidade do tratamento, ele diz que nem ao menos foi visitado após receber alta.

- Estas questões citadas estão de forma bem clara relacionada a falta de comunicação.

Nota-se que há um perfil bem semelhante nos pacientes, o chamado “freguês” pois está sempre internado pelo mesmo motivo, que nunca se resolve. Através do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) foram consultados os valores, e estes acusaram, que para realizar uma visita domiciliar com um curativo para um paciente com um pé diabético- uma complicação muito comum da Diabetes Mellitus (DM)- não é pago pelo SUS nenhum acréscimo, pois estes gastos já estão incluídos na verba que é recebida pelo município para a Atenção Básica- PAB fixo e variável- enquanto que um tratamento hospitalar onde comumente ocorre esse tipo de procedimento que é o debridamento cirúrgico, é pago pelo SUS um valor de R\$158,11 sem considerar a diária da internação, os curativos, eventuais intercorrências devido ao que poderia ser tratado com visitas domiciliares realizadas pelo PSF, e evitar o desgaste do paciente.

Utilizando essa ideia podemos fazer um calculo hipotético de que se no município de Assis a população é de 95.144 habitantes (IBGE,2007) e a estimativa é de 5,2% da população brasileira maior de 18 anos é portador da diabetes, podemos fazer o seguinte calculo:

$$\text{Estimativa} = (\text{hab.DM}) \times \text{R\$}$$

hab= Número de habitantes

DM= portadores de diabetes (%)

R\$=valor do procedimento

$$\text{Estimativa} = (95144.5,2\%) \times 158,11$$

Portanto se formos considerar que este seja o padrão do município de Assis ele apresentaria um gasto de aproximadamente R\$782.247,32 apenas com

reincidência de internação hospitalar em um ano supondo que isto aconteça apenas uma vez com cada paciente.

Existem algumas questões que devem ser levadas em consideração quando se fala de gastos com internação hospitalar, pois vários fatores influenciam nos gastos com a mesma, como por exemplo faixa etária, a causa patológica da internação, entre outras causas como procedimentos que podem variar muito o valor de um para outro, portanto deve ficar muito claro o porque essa falta de comunicação poderia ser relevante.

Um exemplo válido para esta questão é de que as internações hospitalares de pessoas idosas depende um gasto maior do que os mais jovens, pois realizam procedimentos cada vez mais caros e com mais freqüência para o tratamento de doenças como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica que são mais comuns na população com idade mais avançada.

Estes tratamentos também podem durar mais tempo alcançando um valor de R\$20,06 a diária quando este dura o dobro do tempo espera para deixar o hospital.

Se formos levar em consideração os motivos pelo qual isso ocorreria, nada mais óbvio que continuar seguindo este padrão, porém se observarmos de uma dinâmica diferente podemos dizer que isto ocorre devido a falta de confiança de um sistema para outro. Fica então sob julgamento, um paciente que está sob os cuidados de uma internação hospitalar receba alta, de quem é a responsabilidade da continuidade de seu tratamento? A Unidade Básica de Saúde a qual ele é referente. E se ela não está preparada para recebê-lo ou nem ao menos ciente do que se passa com ele, onde está o problema? Pois é, é neste momento que podemos dizer que o problema dessa falta de continuidade no cuidado está na deficiência dessa troca de informação, lembrando sempre, que a questão não é julgar o trabalho das Unidades de Atenção Básica, pois essa em sua maioria das vezes realiza seu trabalho de acordo com o que é previsto em suas atribuições, porém é importante ressaltar que o que está em pauta é a excelência desse atendimento, portanto se há algum motivo para que este não esteja adequado é importante que seja descoberto para que o problema seja corrigido o mais breve possível e da maneira mais simples. Então considerando que seja padrão da

Unidade que por exemplo o curativo realizado em um paciente de que passou por um debridamento seja padronizado, e este em específico recebe orientações diferentes enquanto na internação, o que seria mais fácil? Confrontar idéias e informações de um local para o outro, ou informar a Unidade de referência qual o tratamento a seguir de profissional para profissional? Como já foi dito antes, as informações serem transferidas de boca a boca pelo próprio paciente de um serviço de saúde a outro gera um déficit no tratamento, podendo então gerar uma outra internação devido ao mesmo problema.

Ressaltando que esta é uma questão de comunicação, este assunto é muito trabalhado na área de administração, demonstrando assim a importância do assunto para se manter uma boa prestação de serviço, e a qualidade sempre diminui gastos de intercorrências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir com este trabalho, que a questão da comunicação não é apenas um pró-forme, mas também uma necessidade, que afeta mais do que a todos o paciente, não podendo esquecer que este merece ser tratado da melhor maneira, e é dever do profissional da saúde zelar por isto mesmo a partir do momento em que ele não é mais sua responsabilidade.

Considerando que este é um trabalho que gira em torno de uma hipótese fica impossível mensurar, tornando o objetivo dele apenas levantar a idéia de que esta informação não só facilita o serviço de saúde, o paciente, mas também reduz os gastos com internações hospitalares e procedimentos diagnósticos.

Seria necessária a realização de uma pesquisa quantitativa para que se pudesse levantar dados que pudessem ser comparados com esta hipótese. Fica então o pressuposto para que este assunto seja mais discutido de agora em diante, pois tratar um paciente como um todo também se trata de humanização, onde este teria seu direito pela saúde garantido, e realizado de forma plena, sem que fosse motivo para transtornos com gastos públicos.

REFERÊNCIAS

BERENSTEIN, Cláudia Koepfel and Wajnman, Simone **Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras.** *Cad. Saúde Pública*, Out 2008, vol.24, no.10, p.2301-2313. ISSN 0102-311X

BOUGERT, Monique Marie M. ; **Programa Saúde da Família Guia Para o Planejamento Local.** 1. Ed. São Paulo: Editora Martinari, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Guia Prático do programa psf.** Ministério da Saúde. Brasília, 2001. Disponível em http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf Acesso em: 19 de Março de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS, Princípios Doutrinários.** Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação - 2011 **Manual Técnico Operacional do Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP versão WEB** Volume I - 63 Páginas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.** – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Comunicação Eficaz na Empresa: como melhorar o fluxo de informações para tomar decisões corretas / (coletânea de artigos da revista) Harvard business Review. Tradução Talita Macedo Rodrigues. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008/ North American Nursing diagnosis Association; Tradução Regina Machado Garcez Porto Alegre. Artmed, 2008. Pg 229

FRATINI, Juciane Rosa Gaio. **Avaliação de um Programa de referência e contra-referência em saúde.** 2007. 80p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí (SC), Centro de Ciências da Saúde, 2007.

IBGE. Disponível em
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=350400#>> acessado em 12 de outubro 2011.

JULIANI, C.M.C.M; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único.

MACHADO, Leticia Martins; COLOMÉ, Juliana Silveira; BECK, Carmem Lúcia Colomé; Estratégia de Saúde da Família e o Sistema de Referência e de Contra-referência:Um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v.1, n.1, Jan/Abr, 2011. P 30-41

Organização do Sistema de Referência e Contra-referência no Contexto do Sistema Único de Saúde: A percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999

Portal da Saúde. Disponível em
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793>
"http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1"&HYPERLINK
RLINK
"<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1>"janela=1
> acessado em 12 de outubro 2011.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez and Santos, Isabela Soares **Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).** *Cad. Saúde Pública*, Ago 2006, vol.22, no.8, p.1597-1609. ISSN 0102-311X

VIANA, Ana Luiza D'Ávila and Machado, Cristiani Vieira **Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS.** *Physis*, 2008, vol.18, no.4, p.645-684. ISSN 0103-7331.