

Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde

Jocinéia de Souza Rodrigues*

Bacharel em Direito pela Universidade Iguazu/campus V.

Marlene Soares Freire Germano*

Mestre em Educação. Professora de Filosofia e Metodologia Científica da Universidade Iguazu. Especialista em Educação.

Resumo

O estudo sobre o sistema de referência e contrarreferência em saúde tem como escopo contribuir para o entendimento da integralidade em saúde, além de garantir os demais princípios doutrinários: equidade e universalidade. A garantia do direito à saúde no Brasil possui embasamento constitucional, e a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei nº 8.080/90, cresceu-se a necessidade de um sistema de referência e contrarreferência. Sistema criado para promover o acesso da população aos serviços de saúde, em seus níveis de complexidade, a saber: baixa, média e alta, efetivando a dignidade humana, garantida pela Constituição Federal de 1988 efetivado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, as pesquisas revelam um sistema ainda fragmentado, principalmente no sentido de comunicação entre os profissionais que atuam nos diferentes níveis de complexidade. Pois a oferta das ações e serviços voltada para o atendimento da demanda espontânea associada à falta de um sistema de informação que possibilite comunicação efetiva entre os serviços, dificulta de maneira significativa que os dados sejam contrarreferenciados.

Palavras-chave: direito à saúde, SUS, referência, contrarreferência, Itaperuna.

Abstract

The study about the system of reference and counterreference in the field of Health aims at contributing to the understanding of health integrality, as well as guaranteeing the other doctrinal principles: equity and universality. The right of health guarantee in Brazil has a constitutional foundation; thus, since the creation of the *Sistema Único de Saúde – SUS* (Health Unique System) – by means of Law number 8.080/90, there appeared the necessity of a system of reference and counterreference, which was created to promote the population access to the Health Services in several levels of complexity, that is, low, medium and high complexity, allowing to put the right to human dignity into effect, under warranty of the Federal Constitution of 1988. Nevertheless, researches have revealed that such system is still fragmentary, mainly in what regards communication among the professionals who work in the different levels of complexity, for the offer of actions and services concerning the attention to spontaneous demand associated to the lack of an information system – which would could provide effective communication among the services – makes it significantly difficult for the data to be counterreferenced.

Key-words: right to health, SUS, reference, counterreference.

1. Introdução

A saúde é um direito fundamental da pessoa humana faz parte do rol de direitos sociais, e é garantido pela CF/88. Portanto deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica a todos.

Entretanto, tais direitos vêm sendo negligenciados pelos serviços de saúde em todo o território nacional, onde se constata filas intermináveis, muitas vezes em condições desumanas, e atendimentos que não alcançam a totalidade da satisfação do usuário do SUS. Violando ainda, o direito do cidadão de ter acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. E, ainda, por se tratar de uma questão prioritária para a população brasileira, que sofre com o descaso com a saúde pública.

Diante do exposto, surgem diversos questionamentos, tais como: o atendimento ao usuário do SUS está adequado às recomendações legais? Como os serviços e os gestores atuam para que o atendimento integral se torne realidade? Quais as experiências a respeito do funcionamento do sistema de referência e contrarreferência? Como promover a integralidade em saúde através do sistema de referência e contrarreferência? Além da pesquisa doutrinária, foi feito um levantamento de dados no Posto de Saúde Raul Travassos e Subpostos da Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna a respeito do tema e apresentado neste artigo. Além, de uma entrevista com o atual secretário de saúde.

2. Saúde no Brasil - Constituição Federal Brasileira de 1988

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades".

A saúde passou, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo. É um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica. A Constituição da República Federativa do Brasil, no caput do seu art. 5º, garante a todos os brasileiros e estrangeiros, sem distinção de qualquer natureza, à inviolabilidade do direito à vida, sendo este direito primário, garantindo-se a essência dos demais direitos e princípios constitucionais. De outra banda, à Constituição consagra, no seu art.1º, inc.III, à dignidade da pessoa humana como princípio basilar e, como fundamento do Estado Democrático de Direito.

O embasamento constitucional a garantia do direito à saúde no Brasil, encontra-se no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, cujo rol, elenca os chamados direitos sociais. É perceptível que a Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988, consagra o direito à saúde como algo fundamental ao cidadão, implicando assim, ao Estado o dever de promover este, através de políticas públicas, de forma que o garanta a todo o cidadão, indistintamente,

tendo em vista sempre o objetivo maior de reduzir as desigualdades sociais, e como tema central à ideia de justiça social.

Logo, cabe ao Estado, este entendido em todas as suas dimensões federativas, ou seja, União Federal, Estados Membros e Municípios, não só a sua garantia, objetivando-se a minimização dos riscos e possíveis agravos à saúde pública, bem como a garantia do acesso universal e irrestrito de todos às ações essenciais voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com o princípio da dignidade humana, princípio basilar do ordenamento jurídico brasileiro e fundamento do Estado democrático de Direito.

Numa visão geral, o direito à saúde há de se efetivar mediante ações específicas (dimensão individual) e mediante amplas políticas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos (dimensão coletiva).

Além de determinar a instituição de um sistema único e integrado de Saúde, o constituinte definiu, de forma ampla, as suas atribuições. No plano infraconstitucional, o modelo está disciplinado pelas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.145/90, reconhecidas como leis Orgânicas da Saúde – LOS.

A Lei nº 8.080/90 criou o SUS, financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CF, art. 198, § 1º). No art. 4º a referida lei definiu-o como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Ao criar o SUS, o constituinte originário rompeu com a tradição até então existente e adotou uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo o critério da subsidiariedade, como forma de melhor concretizar esse direito social (AGUIAR NETO, 2011, p. 41-45).

Pelo caráter regionalizado do SUS, a competência para cuidar da saúde foi definida como comum dos entes da federação. O art. 23, II, da Constituição, prevê que União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidários pela saúde junto ao indivíduo e à coletividade. Para a sua efetiva concretização, a forma de seu financiamento passa a ser questão vital, especialmente aos Municípios.

No âmbito federal, cabe ao Ministério da Saúde a direção do SUS (art. 9º, I, da Lei 8.080/90). Nos Estados e no Distrito Federal, a direção compete à respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (art. 9º, II). Nos Municípios, o SUS pela Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente (art. 9º, III).

A participação da comunidade na gestão do SUS foi disciplinada pela Lei n. 8.142/90, que criou duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo – a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (art. 1º, I e II).

A Conferência de Saúde tem a representação de vários segmentos sociais, com reuniões a cada quatro anos, mediante convocação do respectivo Poder Executivo ou, em caráter extraordinário, do Conselho de Saúde ou autoconvocação, para avaliar a situação e propor diretrizes de políticas públicas. É órgão de caráter permanente e deliberativo.

Compreende-se, então, que o SUS tem por objetivos a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e a prevenção, proteção e recuperação (CHIMENTI et al. 2010, p.586).

Esses objetivos são orientados pelos princípios organizativos e pelos princípios doutrinários. Baseado nos preceitos constitucionais a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: a **universalidade, equidade e integralidade**.

Além dos princípios, do ponto de vista do funcionamento do SUS, devem ser consideradas suas diretrizes organizativas, as quais buscam garantir um melhor funcionamento do sistema, dentre as quais estão: a descentralização com comando único, a regionalização e hierarquização dos serviços e participação comunitária (RIBEIRO, 2015).

Somente com a Lei nº 8.142/90, que resultou do enfrentamento e articulação da sociedade civil, é que a questão da participação no SUS foi regulamentada. De acordo a referida Lei, o Sistema Único de saúde contará, em cada esfera do governo, sem prejuízos das funções do Poder legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a conferência de saúde e os conselhos de saúde.

Também participam do controle social do SUS o Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (AGUIAR NETO, 2011, p. 50-57).

A Lei nº 8.080/90 estabelece a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalidade. Portanto, descentralização, com ênfase na municipalização da gestão de serviços de saúde, constitui-se em uma mudança significativa do sistema de saúde. Além disso, é considerada como um princípio de democratização e estratégia para a universalização e integralidade de atenção.

O processo de descentralização vem ocorrendo de modo gradativo desde a década de 1990, coordenado pelo Ministério da Saúde, que criou a base da regulação federal por meio da

edição das Normas Operacionais Básicas (NOB's), da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e do Pacto pela Saúde (2006). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 76).

Atualmente, a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01 - publicada por meio da Portaria MS/GM nº 95, de janeiro de 2001, alterou a lógica da organização da assistência à saúde. Esta Norma destaca a necessidade **de regionalização da atenção à saúde, como um avanço do processo de descentralização em curso nos últimos anos no setor**. A NOAS cria o conceito de Atenção Básica Ampliada, segundo Marília Coser Mansur, (2001, p.) significa: "o conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde que deve ser ofertado por todos os Municípios do país em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população".

A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente.

As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento: atenção Básica, média e alta complexidade da assistência, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006).

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões (federal, estadual e municipal) – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Muito mais que um acordo entre gestores da saúde das três esferas de governo, os Pactos pela Saúde são um compromisso do Estado Brasileiro pela melhoria da qualidade de vida da população.

Os três entes federados se comprometem também em reunir esforços para assegurar um financiamento compatível às necessidades da rede pública de saúde. Uma ação imediata nessa linha é a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que garante recursos mínimos das três esferas de governo para o custeio das ações de saúde.

A atenção básica à saúde em nosso país tem sido oferecida pelo Programa de Saúde da família (PSF) e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação saúde, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Foi iniciada no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõe as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Logo, incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, a qual trabalha com base nos seguintes princípios: caráter substitutivo; integralidade e hierarquização; territorialização e cadastramento de clientela e equipe multiprofissional, na intenção de promover a humanização da saúde.

Com base nesta concepção, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS. A PNH se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos.

Para isso, o Humaniza SUS trabalha com três macros objetivos: ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil; divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

3. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde

Segundo o Ministério da Saúde (2009): “a atenção à saúde é tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças”.

Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a atenção básica, a atenção secundária e a atenção terciária.

Um dos múltiplos sentidos da integralidade pode ser efetivado através de sistemas de referência e contrarreferência monitorados por acompanhamento e avaliação. Os conceitos de referência e contrarreferência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que refere à efetivação e divulgação de experiências.

Para que se garanta o princípio da integralidade da assistência, contemplado pelo SUS, faz-se necessária a consolidação de um sistema efetivo de referência e contrarreferência, porque, embora a atenção básica tenha certa autonomia em relação às ações de prevenção, principalmente no que se refere à educação em saúde, há uma interdependência de todo o sistema de saúde para o desenvolvimento da promoção, proteção, recuperação da saúde e garantia do caráter integral do cuidado (BOTTI ML (2006) apud DIAS, 2010, p.40).

Devem existir normas claras para o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O Sistema de Referência e Contrarreferência é uma forma de organização dos serviços de saúde, que possibilita o acesso das pessoas que procuram cada Unidade de Saúde, a todos os serviços existentes no Sistema Único de Saúde, assegurando dessa forma a universalidade, equidade e igualdade que direcionam a atenção à saúde (ORTIGA, 2006, apud DIAS, 2012, p.24).

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, o cidadão pode ser contrarreferenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário,

devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (FRATINI, et al. apud SILVA, et al. 2010, p.29).

Logo, referenciar um paciente implica transferi-lo a um serviço de saúde especializado a partir de uma unidade básica de saúde. O processo deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, por meio da contrarreferência. E neste processo, o prontuário eletrônico se faz necessário, por facilitar a comunicação entre os postos de saúde do município.

De acordo com a rotina de atendimento ao usuário dos serviços de saúde, observa-se que o uso de prontuário médico é o meio direito de se promover comunicação entre os diversos profissionais de saúde nos três níveis de complexidade.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (Resolução 1331/89): “Prontuário do Paciente é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais, prestados ao paciente pelos serviços de saúde públicos ou privados”.

O prontuário de papel em curto prazo é mais econômico, em contrapartida apresenta falta de padrão (ilegíveis); acúmulo de poeira (prejudicial à saúde do profissional que o manuseia); dificuldade no arquivamento (demanda crescente). Enquanto o prontuário eletrônico embora requeira um investimento inicial maior, proporciona a efetivação do sistema de referência e contrarreferência.

Durante muitas décadas, utilizou-se o prontuário de papel, porém em plena era da informatização e contemplando a necessidade de compartilhar tais documentos com um número maior de profissionais, a fim de implantar o sistema de referência e contrarreferência faz-se necessário a utilização de sistema de informação de prontuários eletrônicos.

O uso do prontuário eletrônico permite que profissionais de diferentes níveis de complexidade tenham acesso as informações referentes ao usuário em comum, e que o mesmo possa receber tratamento continuado e venha alcançar um maior índice de satisfação em seu atendimento.

Além de proporcionar ao gestor uma fiscalização efetiva sobre as ações de cada unidade de saúde, gerando economia e contribuindo para o processo de integração à saúde.

4. A Construção do Sistema de Referência e Contrarreferência no campo da prática de saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política que acaba de completar 27 anos de existência. Nessas poucas décadas, foi construído no Brasil, um sistema de saúde que presta

bons serviços à população brasileira. Tem uma avaliação positiva dos que os utilizam rotineiramente e está presente em todo o território nacional (KLINGER, 2008, p.71).

Têm sido muitos os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira (CONASS, 2006, p.47).

A identificação das causas do problema é um passo fundamental para que a proposição de intervenção tenha uma probabilidade maior de sucesso, isso ocorre porque ao identificar as causas do problema podem-se construir ações com o objetivo de minimizar o seu impacto ou até mesmo superá-las.

Para que as intervenções sejam eficazes na solução dos problemas é preciso não somente identificar as suas causas, mas também analisá-las, com o intuito de entender quais fatores são determinantes para que estas causas existam. Neste sentido é fundamental entender a natureza das causas através da identificação do meio em que elas ocorrem.

Visando corroborar o presente trabalho foi realizada uma pesquisa de campo na Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna, no Centro de Saúde Raul Travassos onde se oferece atendimento de média complexidade.

E embora existam muitas especulações acerca do número de oferta de vagas ser inferior ao da procura, e a contratação de mais especialistas seja apontada por alguns usuários com forma de solucionar as grandes filas de espera, dados fornecidos através do sistema de agendamento de consulta comprovam que em média são distribuídas cerca de 6.500 consultas/mês no Centro de Saúde Raul Travassos para atendimento de aproximadamente 25 especialidades médicas. Sendo as dez especialidades mais procuradas: cardiologista (650); dermatologista (585); pediatra (562); clinica geral (558); ortopedista (516); ginecologista (472); urologista (381); otorrinolaringologista (295); endocrinologista (282) e pneumologista (236).

A partir do resultado das entrevistas realizadas na Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna, observa-se que atualmente que o usuário do SUS, algumas vezes, é referenciado - (cerca de 20 % do total das consultas), pelo PSF mais próximo de seu domicílio, o que não lhe garante ausência de fila e agilidade no atendimento. Porém, o que prevalece é a livre demanda, ou seja, o paciente procura o especialista para “queixas” que poderiam ser examinadas no PSF de seu bairro. E que a contrarreferência é inexistente, pois quando ocorre a referência pelas unidades básicas para a média complexidade o tratamento dispensado a este

usuário não é continuada através da contrarreferência, para que o médico do PSF possa acompanhar evolução de seu quadro clínico.

Desse modo, a oferta das ações e serviços de saúde continua voltada para o atendimento da demanda espontânea e não para as necessidades de saúde da população, com base em critérios epidemiológicos, como o estabelecido pela Lei no 8.080/90.

Observa-se, portanto, que o sistema de referência e contrarreferência pode ser considerado como um dos pontos importantes para viabilizar a implementação do SUS, pois, dentre outros fatores, a partir de sua estruturação, o fluxo de encaminhamento de usuários aos diversos níveis de atenção será facilitado. Para tal, destaca-se a necessidade de integração dos serviços e estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento da clientela.

No entanto, a estruturação do sistema de referência e contrarreferência ainda não se encontra consolidado na realidade brasileira, pois há demora no processo de referência e inexistência da contrarreferência. Há muito que se evoluir no que tange a organização dos serviços de saúde.

Segundo informação do Secretário Municipal de Saúde de Itaperuna, Dr. Marcelo Poeys, (2015):

[...] existe um projeto da Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna que visa à informatização de todos os postos, subpostos de saúde (ESF's) bem como todos os setores e unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna. Referida informatização consiste na instalação de um terminal de computador em cada setor da saúde, como sendo o primeiro passo para a implantação de um sistema moderno e totalmente informatizado interligando os setores.

Recentemente, o Ministério da Saúde investiu cerca de R\$ 91,2 milhões em aquisição dos computadores. Destinados à criação do prontuário eletrônico, através do qual será possível que o profissional de saúde tenha acesso, de forma mais rápida e organizada, às informações, de modo a dar maior agilidade no atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A implantação do prontuário eletrônico proporcionará condições concretas para desenvolvimento do sistema de referência e contrarreferência, viabilizando sua efetivação.

Ainda segundo Dr. Marcelo Poeys (2015): “o objetivo do projeto é justamente acabar com alguns problemas crônicos da saúde, como por exemplo, as filas da madrugada para marcação de consultas e exames”.

A programação para implantação do projeto na Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna está prevista para o primeiro semestre de 2016. Sendo que algumas unidades serão entregues primeiro, e outras, em um segundo momento de acordo com a conclusão das obras de algumas UBS's que estão em andamento.

Destarte pode-se afirmar, que a construção do Sistema de Referência e Contrarreferência no campo da prática de saúde colabora para a humanização do atendimento ao usuário e garante a cada cidadão o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.

5. Conclusão

O direito à saúde é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988, e consolidada através das Leis Orgânicas de Saúde 8080/90 e nº 8142/90, que confirmam a obrigação do Estado em promover saúde em suas três instâncias: federal, estadual e municipal. Surgindo para a população o direito ao acesso amplo no atendimento à saúde em todos os níveis.

Complementando a ideia do direito fundamental, a organização dos serviços de referência e contrarreferência se torna instrumento concretizador do princípio da integralidade, de forma a garantir que a população possa ter atendidas todas as suas necessidades nos diversos níveis de complexidade.

Verificou-se, portanto, que no Centro de Saúde Raul Travassos, foram atendidas cerca de 6.500 consultas/mês, no ano de 2015, e que pelo sistema de referência e contrarreferência poderiam ter sido melhores distribuídas à população.

Embora as mudanças advindas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil possam ser notadas, ainda persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira, e efetivar, de fato, a garantia constitucional do Direito à Saúde, condição *sine quo nom* à vida e dignidade humana não podem ser preservadas.

Referências

- AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
- ANDRADE, Zenaida Tatiana Monteiro. **Da efetivação do direito à saúde no Brasil**. http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9037. Acesso em: 02 nov.2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 b. disponível em: <dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>. Acesso em: 04 nov. 2015.
- _____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 14 out. 2015.

_____, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf>. Acesso em: 01 set. 2015.

_____, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em 10 out. 2015.

_____. **Constituição Federal de 1988.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 nov. 2015.

_____. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 03 nov. 2015.

_____. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 03 nov. 2015.

CHIMENTI, Ricardo Cunha; CAPEZ, Fernando; ROSA, Márcio Fernandes Elias; SANTOS, Marisa Ferreira dos. **Curso de Direito Constitucional** - 7ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE-2000, Brasília. **Relatório Final: O Brasil falando como que ser tratado – Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social.** Série Histórica do CNS.n. 2. Brasília, 2000.

CONASS-Nota Técnica, 2011. Disponível em:

<http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2006_2011%20-%20Financiamento%20do%20SUS.pdf>. Acesso 06 nov. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação Estruturante do SUS.** 1. ed. Brasília: CONASS, 2007.

DIAS, Camila Faria. **O sistema de referência e contra-referência na estratégia saúde da família no município de Bauru: perspectiva dos gestores / Camila Faria Dias.** - Botucatu, 2010 Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010. Disponível

em: http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/96410/dias_cf_me_botfm.pdf?sequencia=1. Acesso em: 14 out. 2015.

FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro. Fio Cruz, 2002. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 02 set. 2015.

FONTINELE JUNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado** – Goiânia: AB, 2008.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. **Referência e Contrareferência: contribuição para a integralidade em saúde.** Disponível em:

<<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/465.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2011

Fundação Oswaldo Cruz. <<http://pensesus.fiocruz.br/humanizacao>>. Acesso em 19 out. 2015

MACHADO, Deusa Helena Gonçalves; MATEUS, Elizabeth do Nascimento. **Breve reflexão sobre a saúde como direito fundamental.** In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 83, dez 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8747&revista_caderno=9>. Acesso em out. 2015.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.p .116. Disponível em:

<http://www.portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00007205&lng=pt#top>. Acesso em: 15 out. 2015.

MELDAU, Debora Carvalho. **SUS**. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/saude/sus/>>. Acesso em: 14 out. 2015.

RIBEIRO, Paulo Silvino. "**Mas o que seria o SUS? Quais suas diretrizes e princípios gerais?**"; *Brasil Escola*. Disponível em <<http://www.brasilecola.com/sociologia/mas-que-seria-sus-quais-suas-diretrizes-principios-gerais.htm>>. Acesso em: 15 de outubro de 2015.

ROCHA, Aristides Almeida; CÉSAR, Chester Luiz Galvão. **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang el at. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: RT, 2013.

SCATENA, João Henrique Gurtler. **Avaliação da Descentralização da Assistência à Saúde no Estado do Mato Grosso**. São Paulo: 2000. Disponível em:

<www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-13112001.../tde.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

SCATENA, João Henrique Gurtler; TANAKA, Osvaldo Yoshini. **Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização de saúde**. Disponível m: <<http://scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>>. Acesso em: 02 nov.2016