

Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária¹

Reference and counter-reference in everyday health care in Minas Gerais, Brazil: the support to decisions of primary care

Referencia y contra-referencia en todos los días de cuidado de salud en Minas Gerais, Brasil: apoyo a las decisiones de la primaria

Duane Ferreira Melo², Maria Beatriz Rodrigues Criscuolo³, Selma Maria da Fonseca Viegas⁴

Como citar este artigo:

Melo DF; Criscuolo MBR; Viegas SMF. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária. Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):4986-4995. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4986-4995>

ABSTRACT

Objective: To understand, in the perception of professionals and managers of Primary Health Care (PHC), the reference and counter-reference system in health care and the support to decisions of APS professionals.

Methods: Qualitative study, outlined by Holistic Multiple Case Study, based on Comprehensive Sociology of Everyday Life with 41 participants. **Results:** The support to decisions of APS professionals to direct users depends on the flow and regulation of the referenced demands; the waiting time for the user service; may be harmed by unnecessary and unreadable referrals and by the professionals' view on the system. **Conclusion:** Health is a social process of collective construction, and it needs to win the welfare and curative paradigm, the excessive consumption of queries with a high rate of referrals.

Descriptors: Primary health care, Family health strategy, Health services accessibility, Regional health planning, Unified health system.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso, 2014, Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste, Divinópolis-MG.

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência e Atendimento Pré-hospitalar. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Araújos-MG. E-mail: dufmelo@yahoo.com.br

³ Enfermeira do Hospital São João de Deus - Fundação Geraldo Correa, Divinópolis-MG. E-mail: beatrizrodriguesc@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Docente Adjunta II da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste, Divinópolis-MG. Doutora e Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: selmaviegas@ufsj.edu.br

RESUMO

Objetivo: Compreender, na percepção dos profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde (APS), o sistema de referência e contrarreferência na atenção à saúde e o suporte às decisões dos profissionais da APS.

Métodos: Estudo qualitativo, delimitado pelo Estudo de Casos Múltiplos Holísticos, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano com 41 participantes. **Resultados:** O suporte às decisões dos profissionais da APS ao encaminhar os usuários é dependente do fluxo e da regulação das demandas referenciadas; do tempo de espera do usuário para o atendimento; pode ser prejudicado pelos encaminhamentos desnecessários e ilegíveis e pela visão dos profissionais sobre o sistema.

Conclusão: A Saúde é um processo social, de construção coletiva, e que precisa vencer o paradigma assistencialista e curativista, o consumo excessivo de consultas com elevado índice de encaminhamentos.

Descritores: Atenção primária à saúde, Estratégia saúde da família, Acesso aos serviços de saúde, Regionalização, Sistema único de saúde.

RESUMEN

Objetivo: Comprender, en la percepción de los profesionales y directivos de Atención Primaria de Salud (APS), el sistema de referencia y contrarreferencia en la atención de salud y el apoyo a las decisiones de los profesionales de APS. **Métodos:** Estudio cualitativo, esbozado por Estudio de Casos Múltiples Holísticos, basado en la Sociología Comprensiva del Cotidiano con 41 participantes. **Resultados:** El apoyo a las decisiones de los profesionales de APS a los usuarios directos depende del flujo y la regulación de las exigencias que se hace referencia; el tiempo de espera del servicio para el usuario; pueden ser perjudicados por referencias innecesarias e ilegibles y por los puntos de vista de los profesionales en el sistema. **Conclusión:** La salud es un proceso social de construcción colectiva, y que necesita ganar el paradigma del bienestar y curativa, el consumo excesivo de consultas con una alta tasa de remisión.

Descriptor: Atención primaria de salud, Estrategia de salud familiar, Accesibilidad a los servicios de salud, Regionalización, Sistema único de salud.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública brasileira que universaliza o direito à saúde de forma integral e equânime pela oferta de ações e de serviços que integram uma rede regionalizada e organizada em níveis de complexidade da assistência, fundamentada na descentralização e na participação da comunidade¹.

Desde a criação do SUS, os princípios de regionalização e descentralização são enfatizados em suas políticas e programas; porém, ainda convivemos com um Sistema incapaz de garantir a continuidade da assistência, gerando aumento do trabalho no cotidiano dos Serviços, altos custos e transtornos para o acesso dos usuários aos serviços de que necessitam, o que evidencia que o acesso equitativo, justo e universal para a atenção integral à saúde ainda não são efetivos e/ou suficientes^{2,4}.

Para a implantação e a integração dos serviços nos níveis de atenção do SUS é prioritário que o sistema de referência e contrarreferência seja efetivo e eficaz, considerando a rede de

atenção à saúde local e regional para a organização da assistência nos níveis primário, secundário e terciário^{3,4}.

Organizar a atenção à saúde em forma de rede permite a continuidade do cuidado à saúde e a integralidade da atenção conforme as necessidades de cada usuário⁴. Segundo a Portaria 2488/2011, as redes de atenção à saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial^{5,5-6}.

Para a constituição da RAS, deve-se estabelecer um sistema de referência e contrarreferência que constitua “a garantia de atenção ao primeiro contato pela Atenção Primária à Saúde (APS) como uma porta de entrada prioritária para a população adscrita com a “capacidade de lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social”⁶.

Para a acessibilidade universal das pessoas aos serviços públicos de saúde com melhoria na atenção, racionalização dos gastos e maior aproveitamento da oferta assistencial disponível⁵⁻⁶ devem ser consideradas a oferta e a demanda dos serviços. Estudos apontam a necessidade de se organizar o sistema de referência e contrarreferência, os fluxos e as centrais de regulação com o objetivo de equalizar a oferta e não obstaculizar o acesso do usuário aos serviços e ações de saúde em vários municípios brasileiros²⁻⁶.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) oportuniza a reorganização do sistema local de saúde, apesar das dificuldades ainda encontradas pelos municípios brasileiros em assegurar o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade e estabelecer o sistema de referência e contrarreferência^{2,6}. Após vinte anos da instituição da ESF, e com várias evidências que demonstram a melhoria dos indicadores de saúde em localidades onde a ESF foi implementada, o cenário em estudo pouco avançou na reorganização do modelo assistencial apresentando, em outubro/2014, menos de 30% de cobertura por essa Estratégia. Portanto, justifica-se a proposta desta pesquisa pela relevância em compreender o sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde em um município mineiro.

Nesse contexto, como é, no cotidiano, o suporte dado aos profissionais pelo sistema de referência e contrarreferência na atenção à saúde de um município do Estado de Minas Gerais, Brasil, na percepção de profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde?

O objetivo deste estudo é compreender, na percepção dos profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde, o sistema de referência e contrarreferência na atenção à saúde e o suporte às decisões dos profissionais da APS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, delimitada pela estratégia de pesquisa Estudo de Casos Múltiplos Holísticos, fundamentado na Sociologia Compreensiva do

Cotidiano. A análise qualitativa é uma abordagem metodológica que objetiva compreender e interpretar os relatos de uma maneira holística e fidedigna⁷.

O estudo de caso baseia-se em um método exploratório de investigação que objetiva explorar, descrever ou explicar, um comportamento em seu contexto natural, recolhendo os dados de cada indivíduo e proporcionando estratégias para sua análise e para a compreensão global do fenômeno de interesse⁸.

Este estudo possui mais de um caso, sendo um estudo de casos múltiplos holísticos, por apresentar realidades distintas como cenários do estudo, com suas convergências e divergências definidas por contextos de atenção à saúde, e que serão analisados por completo, considerando suas especificidades. Frente ao método, cada caso deve servir a um propósito específico dentro da investigação, pelas visões dos participantes da pesquisa reveladas pelos diferentes fundamentos lógicos que subjazem à replicação literal dos resultados, ou seja, a capacidade de generalização dos resultados semelhantes dos casos múltiplos holísticos.⁸

No cotidiano, é criada uma relação entre indivíduo e coletividade que pode indicar a existência de algo em comum em um coletivo e que diferentes subjetividades podem existir no que é considerado comum⁹. Para a Sociologia Compreensiva, no contexto social, tudo faz sentido. Há diversos tipos de conhecimento, atitudes complementares como a razão e a emoção que fazem coincidir as diversas potencialidades. Com o objetivo de descobrir os diferentes atores envolvidos, “a sociologia positivista verifica que cada coisa é apenas um sintoma de outra. Porém, é a sociologia compreensiva que descreve o vivido naquilo que é, e o fenômeno em estudo é “passível de ser compreendido por diversas explicações, reintegra-se, mas também pode ser visto como elemento explicativo em outros agrupamentos”^{9:25}. Maffesoli^{10:74} também argumenta que “o cotidiano, marcado pelo encontro com o outro, pode ser entendido no decorrer dos fatos habituais”. Por fim, a “sociologia compreensiva, que descreve o vivido naquilo que é, contenta-se, assim, em discernir as visadas dos diferentes atores envolvidos”^{9:25}, neste estudo.

Os cenários da pesquisa foram Unidades Tradicionais da APS e Unidades da ESF, totalizando 10 Unidades, localizadas na região urbana do município de Divinópolis-MG, que possui 213.016 habitantes¹¹. De acordo com os dados do Sistema Integrado de Saúde de Divinópolis (SIS), em julho de 2014, parte dessa população já estava cadastrada, sendo que 28,74% da população total do município são adscritos à ESF, 71,26% estão adscritos em Unidades Tradicionais da APS.

Os 41 participantes da pesquisa foram os profissionais de equipes da ESF, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, os agentes comunitários de saúde (ACS); e os profissionais das Unidades Tradicionais: clínico, pediatra, obstetra, psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social; também, foram convidados os gerentes dos setores sanitários e os gerentes das Unidades cenários da pesquisa. Como critério de inclusão, estabele-

ceu-se uma atuação de, no mínimo, um ano no cargo de trabalho. Segundo os critérios da pesquisa qualitativa, não foi determinado um número exato de respondentes, a coleta de dados encerrou com a saturação dos dados em cada um dos casos⁷ deste estudo sendo considerados suficientes para atender ao objetivo proposto. Como fonte de evidências dos dados foi utilizada a entrevista individual aberta baseada nas seguintes questões norteadoras: 1- “Fale-me da sua prática cotidiana na Atenção Primária à Saúde (ou na equipe Estratégia Saúde da Família)”. 2- “O que você compreende por sistema de referência e contrarreferência em saúde?” 3- “Como você percebe a referência e contrarreferência em saúde no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (ou da Estratégia Saúde da Família)?” 4- “Você deseja acrescentar algo?” (Espaço aberto para o informante).

A análise dos dados da pesquisa fundamentou-se na Análise de Conteúdo Temática¹², isto é, uma análise dos “significados”, segundo as fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Inicialmente, processou-se um agrupamento dos dados obtidos, em cada caso; depois o agrupamento das convergências e divergências de ambos os casos o que constituiu a análise múltipla dos casos, e em seguida progrediu-se para as conclusões lógicas sobre o tema em estudo frente ao que já foi pesquisado e descrito na literatura científica, levando, assim, às interpretações e descrição dos resultados do estudo. Da análise de conteúdo originaram-se três categorias temáticas. Este artigo abordará as categorias: Atenção à saúde no contexto da atenção primária; e Sistema de referência e contrarreferência: noções e róis.

A pesquisa foi aprovada pelo Parecer CEPES/CCO 522.447 e desenvolvida de acordo com a Resolução CNS 466/2012, obedecendo às diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As nomenclaturas Programa Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde da Família (ESF) foram utilizadas, neste artigo, para descrever o mesmo processo de trabalho, mas que aconteceram em momentos diferentes da articulação da política pública de saúde. Apesar de os informantes da pesquisa terem utilizado o termo PSF, intencionalmente foi utilizado pelas autoras a terminologia ESF, por considerar importante tratá-la como uma Estratégia político-assistencial para o estabelecimento de uma nova lógica de assistência à saúde. Destaca-se, ainda, que o termo Programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Também, de certa forma, como um modo de buscar romper com uma matriz bastante forte na área da saúde, que é a de considerar os programas como estruturas verticalizadas na atenção à saúde, com pouca articulação no conjunto da assistência prestada¹³.

Atenção à saúde no contexto da atenção primária

Para a compreensão, na percepção dos profissionais e gestores da Atenção Primária, do sistema de referência e contrarreferência na atenção à saúde no município de Divinópolis-MG, e o suporte às decisões dos profissionais da APS, o trabalho cotidiano descreve muitas ações que contextualizam o tema em estudo e descreve o *fazer em saúde* em interrelação, usuário/profissional/equipe e como se processa a assistência no nível primário e o (en)caminhar do usuário pela rede de atenção à saúde.

A APS é entendida como o nível de contato preferencial dos usuários e que deve orientar-se por todos os princípios do Sistema, com garantia do acesso integral e equânime mediante as necessidades de saúde das pessoas, ofertando as mais diversas ações e procedimentos, como contextualizado por profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF):

É... meu dia a dia ele é composto de atenção na prevenção e na solução de problemas. No Sistema Único de Saúde a gente oferece a parte de prevenção, tem a bebê clínica que é a puericultura com bebês de zero a dois anos, tem a parte de atenção à gestante, a parte de escovação na Unidade uma vez ao mês. E a parte curativa, ela é composta de solução dos problemas odontológicos, dentro da atenção primária e as emergências, dentro da urgência odontológica. (E₃₄)

Bom, sou ACS, minha função é fazer visita domiciliar, orientar, encaminhar o paciente e, se for necessário, à Unidade de Saúde. [...] Se eu estiver numa casa e eu detectar, lá, uma demanda pra Unidade, aí eu vou orientar a procurar a Unidade, se for uma demanda para o Pronto Socorro, aí eu já posso falar, ah isso aí já não é caso pra atenção primária, você pode procurar o Pronto Socorro. (E₃)

Fazer orientações. Observar o que é mais necessário passar pela médica, que a gente encaminha é para a enfermeira, pra ela fazer triagem, pra ver a necessidade do paciente de receber a consulta médica naquele instante. Se não, a gente vai agendar para as próximas consultas. Aí eu faço curativos, vacina, faço visita domiciliar é... orientação por telefone, pessoalmente também, sabe? Administrar alguns medicamentos. (E₁₃)

Os cuidados primários são descritos nas ações profissionais cotidianas na ESF. Os depoimentos balizam, de forma empírica, o direcionamento dos usuários pelos profissionais, os ACS encaminhando-os verbalmente aos demais profissionais da equipe ou às Unidades de pronto atendimento; como também, a orientação, a prevenção de agravos, os procedimentos básicos de enfermagem, a triagem e as consultas que

descrevem o escopo de ações curativas com a inclusão, pelos profissionais, dos temas orientação e prevenção.

Com a ESF, busca-se efetivar ações integradas de prevenção de riscos e agravos, tratamento, manutenção e promoção da saúde, mediante atenção à demanda, ações estratégicas, vigilância territorial à saúde e ações programadas conforme a realidade socioepidemiológica local⁵.

Mediante a análise múltipla dos casos, foram nomeadas ações de educação em saúde e a prevenção de riscos e agravos somente pelos profissionais que atuam no contexto da ESF e pelos gestores que expressam que essas ações têm impacto direto no processo de cuidado cotidiano dos profissionais, conforme assinalam os depoimentos:

Então cabe ao gestor acompanhar os dados da imunização, o acompanhamento e prevenção de doenças crônicas, a ação nas doenças agudas é muito importante. E cabe aos gestores estarem sensíveis a isso. É tomar a decisão na hora oportuna. É preciso tomar algumas providências em tempo hábil. Então, na minha forma de entender, é um desafio, porque são gigantes as possibilidades de saúde pública. (E₁)

Na saúde da criança, são bastante as atividades de prevenção como a puericultura, a vacina, mais preventivo do que curativo, que é uma parte boa, sabe?! Em relação à saúde da mulher, é feita uma parte de prevenção, igual os grupos, o preventivo, a solicitação de mamografia, a orientação ao autoexame da mama, mas é uma população, que procura muito o PSF [...] Se você agenda uma consulta de enfermagem só pra orientar como usa os remédios, que precisa fazer atividade física e sobre alimentação, é bem baixa a adesão, entendeu? [...] Então a parte preventiva e da promoção é mais complicada de serem feitas, e até pela alta demanda das doenças, a gente deixa um pouquinho de lado. (E₂)

Então você tem que conscientizar as pessoas quando você vai à casa dela, para procurar antes dela ficar doente e não chegar só doente aqui no PSF, é uma questão de prevenção, então é o nosso trabalho todo dia. (E₄)

É claro nas falas dos profissionais da ESF e do gestor o entendimento da importância das estratégias preventivas de riscos e agravos e de vigilância e controle de agravos, que podem ser exemplificadas pelo atendimento aos casos agudos, o acompanhamento de doenças crônicas, a imunização, a puericultura, a prevenção do câncer de útero e de mama, a conscientização das pessoas para a prevenção de agravos. Porém, a elevada demanda espontânea dificulta essa prática preventiva pelos profissionais, além da pouca adesão dos usuários para as ações promocionais da saúde e preventivas de riscos.

Nos cenários estudados, inclui-se um novo participante, o usuário. Aquele que, a partir das ações de educação em

saúde e conscientização sanitária, pode ter base e instrumentos para atitudes de prevenção de agravos à saúde, como também, para ter autonomia e ser corresponsável na produção da saúde individual e coletiva. O usuário pode ser portador de autoconhecimento como forma de empoderamento para escolhas saudáveis de vida e participação ativa na saúde, indo além da informação compartilhada, o que pode gerar comportamentos inovadores e autocríticos¹⁴⁻¹⁵.

Segundo Paulo Freire, o empoderamento pode ser citado como uma ação social, na qual o sujeito se torna responsável por sua própria vida, resultando em pensamentos críticos de sua realidade, favorecendo crescimento e transformação social¹⁶. Junto com a participação social, a equipe da ESF deve voltar-se para a assistência integral à saúde, próximo à vida das pessoas, considerando-as singularmente e no âmbito coletivo e co-participantes na produção da saúde e de vida com qualidade⁴.

É necessário que haja ações integradas na assistência, na educação para escolhas saudáveis de vida, como forma de exercício da cidadania na construção do cuidado integral no cotidiano dos serviços. Destarte, é indispensável o conhecimento científico dos profissionais, a abertura do usuário para novas condutas, a criação de vínculo, fatores determinantes e facilitadores do desenvolvimento da integralidade em saúde^{15,17}.

Ao “se considerar o sujeito como um ser consciente e livre para realizar escolhas, observamos que inexistente esse sujeito em Maffesoli. Existe o indivíduo, nas épocas racionais, ou a pessoa, nas épocas emocionais”^{18:451}. A partir de Foucault, Maffesoli nos mostra como sofremos um lento processo de domesticação dos costumes que levou à constituição do social: de um estar-juntos singularmente mecanizado, perfeitamente previsível e essencialmente racionalizado. Porém, esse sistema social tirou o sentido do coletivo, transferindo o Estado e indivíduos distantes das escolhas que levam ao bem comum¹⁹.

Assim, dificuldades são encontradas para exercer essa prevenção de riscos e agravos, além das diversas possibilidades da saúde pública, ou seja, sua grande área de atuação, de abrangência e cobertura; a permanente e alta taxa de demanda espontânea na área de abrangência das equipes de saúde, o que enfatiza a cultura médica vivida no cotidiano dos Serviços, no qual se minimiza o tempo disponível na carga horária de trabalho para atuação nessa prevenção de riscos e agravos; a falta de adesão de alguns grupos de risco para ações preventivas, que dificultam ainda mais a continuidade do cuidado. Isso indica que o cotidiano dos Serviços de Saúde é singularmente mecanizado, perfeitamente previsível e essencialmente racionalizado¹⁹.

Para a ampliação da clínica e real resolutividade em saúde no contexto da ESF, considerando os atores envolvidos - profissionais, gestores e usuários - são essenciais alguns fatores/ações/atitudes para a geração de mais saúde: os papéis desempenhados por cada um dos profissionais; a forma de acolher a demanda, de compartilhar a educação em saúde,

de fazer a busca ativa, de articular o atendimento clínico compartilhado com os usuários; e contemplar a promoção da saúde pública individual e coletiva com inclusão social²⁰.

Existem dificuldades em atender as demandas programadas em saúde por existirem aqueles que não compreendem os pressupostos da ESF e procuram soluções imediatas para seus problemas, o que implica em direcionar mais tempo dos profissionais para o atendimento à demanda espontânea e proporcionar necessidades de encaminhar o usuário para níveis mais complexos por não ter tido acompanhamento contínuo²¹.

Assim, são primordiais a agenda programada para a continuidade do cuidado, e o atendimento por classificação de necessidades em saúde ou riscos suscetíveis, considerando o indivíduo integralmente para a concretização de um modelo de saúde centrado no usuário, voltado à prevenção de riscos antes da materialização da doença. A educação em saúde, a conscientização do coletivo sobre o uso correto da estruturação do Sistema e dos serviços e a execução das funções reais da atenção primária são relevantes^{15,21-22}.

Nesse contexto, a ESF deve atuar como primeiro contato à saúde no empoderamento dos usuários e suas famílias frente à saúde e o bem-estar coletivo. A ESF não deve ser somente reconhecida como um local de triagem para os serviços da atenção secundária, deve atuar no campo do acolhimento e do vínculo com a população, além desse nível ser organizador e regulador do sistema de saúde²²⁻²⁴. Esses pressupostos podem resultar em melhorias nas condições de saúde, por meio de intervenções na realidade vivida, em interação real com a população^{23,25}.

Os resultados demonstram que assistimos no contexto da Saúde à volta do “local” onde vivem as pessoas, do “território” de abrangência, do “aparecimento de tribos e novos mitos”, que a “verdade absoluta se fragmenta e dá espaço às verdades parciais” e que “os grupos se formam a partir das escolhas e afinidades”¹⁹. Vivemos na Saúde “a construção plural, feita de pedaços diferentes” onde notamos uma relevante necessidade de mudança de paradigma: da atenção biomédica e fragmentada para a atenção centrada no usuário; onde a primeira se torna menos importante do que as necessidades de saúde de cada usuário e da coletividade^{4,22}.

Foi evidenciada, no contexto da ESF, a vicissitude de uma assistência fragmentada e biomédica, na atenção à saúde:

A gente não quer ver chegar àquela situação de Posto, que chega todo mundo lá quase morrendo. Aquela situação que só quer o médico [...]. Todo mundo acaba esperando mais, só quando está muito ruim, é que acaba procurando o PSF. (E₄)

Percebemos que essa prática encontrada na ESF não retrata seus pressupostos, formulados na educação em saúde com foco na família, acompanhamento de grupos prioritários e de riscos, vigilância em saúde, Conselho comunitário

e visitação domiciliar. Um lugar que deveria ser prioritário para a prevenção de agravos e não para a cura e tratamento de doenças. Porém, a atenção preventiva e curativa deve ter como foco, no contexto da ESF, a longitudinalidade e a continuidade do cuidado, para a resolutividade e a equidade em saúde²⁶.

A abrasadora evidência da população buscar pelo atendimento médico e o menor interesse pelas ações preventivas, ou por atendimentos de outros integrantes da equipe, declaram a elevada demanda por consultas médicas no cotidiano dos serviços.^{22,27} Sabemos que existe a possibilidade de conviver bem com a demanda espontânea por meio de uma melhor organização do acolhimento, atendendo assim às necessidades de saúde da população²⁸.

Logo, o escopo da assistência à prevenção de riscos e agravos mostra-se ainda insuficiente para evitar o alto consumo de consultas médicas e o elevado número de hospitalizações devido aos problemas que podem ser sensíveis à APS e continuam gerando internações ou encaminhamentos para o nível secundário^{22,29}. Assim, considera-se que a cultura médica vivenciada no contexto de vidas e da Saúde brasileira revela que “o eu só toma consciência de si” como relação¹⁹, e o que o meio, o local e o modelo centrado em ações e procedimentos médicos expressam a condição de possibilidade, contemporânea, da existência humana nos Serviços de Saúde, enquanto usuário, profissional de saúde ou coletividade.

O cotidiano de ações no contexto da APS, declarado pelos participantes da pesquisa, demonstra que em uma realidade onde a atenção é pouco resolutiva, a demanda espontânea consome o espaço de outras ações, a atenção é centrada no médico com consumo excessivo de consultas pela população, a necessidade de encaminhar o usuário para outros níveis do Sistema será frequente no cotidiano dos serviços.

Sistema de referência e contrarreferência: noções e rôis

Desde a década de 1980, o Sistema de Saúde brasileiro enfatizava os princípios de regionalização em suas políticas, porém ainda hoje encontramos um Sistema precário, incapaz de garantir a continuidade da assistência, gerando aumento do trabalho, de custos e de transtorno aos usuários. Sendo assim, o acesso aos serviços de saúde permanece como um dos problemas mais graves da sociedade brasileira. Essa situação é evidenciada por diversos fatores; dentre eles, a falta de estrutura, a escassez de recursos, investimentos insuficientes em hospitais, profissionais e tecnologias. Todavia, o acesso equitativo, justo e universal aos serviços de saúde permanece como desassossego das esferas de governo, dos gestores e dos profissionais de saúde^{2,22}.

Para a assistência universal e integral à saúde, as RAS têm diversos atributos, a destacar, que a atenção primária deve ser estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do Sistema, integrando e coordenando

o cuidado para atender as necessidades de saúde das pessoas, direcionando-as a outros níveis conforme indicação, frente aos critérios de referência dentro de um sistema local de saúde⁵.

Dessa forma, para alcançar o acesso equitativo, justo e universal à saúde, é necessário o estabelecimento de RAS para o atendimento local e regional, dentro do Sistema sanitário.

Os participantes da pesquisa explicitam o conhecimento acerca do sistema de referência e contrarreferência e declaram que esse sistema não funciona efetivamente:

É um sistema que você tem para encaminhar um paciente que está com um diagnóstico, e você precisa de outro profissional pra resolver o problema do paciente e você espera ter a resposta pra você continuar o tratamento ou para esse paciente dar sequência na solução do seu problema. (E₃₄)

Você encaminha para o nível mais avançado, mas o paciente sempre vai ser nosso, então eu preciso saber o que aconteceu com ele lá pra eu dar continuidade no tratamento dele aqui, e isso que é contrarreferência, se ele foi na consulta que eu pedi? O que o médico solicitou? O que aconteceu? Trocou medicamento, não trocou, precisou de atenção terciária? (E₂)

Na realidade eu acho que é uma forma da gente estar integrando os três tipos de serviço na atenção primária, secundária e terciária, e fazer um vínculo com os outros profissionais para ter um conhecimento geral do paciente, do usuário [...] Porque eu referencio e tenho que receber de volta?! (E₃₀)

Os resultados apresentam que o acesso aos serviços de saúde pelos usuários deve ocorrer, preferencialmente, a partir da atenção primária, corroborando com os pressupostos da Portaria 2488/2011^{2,22,28}.

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, é “como o ato de encaminhamento de um paciente para o estabelecimento de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência”^{2:18}.

A gente encaminhar o paciente para algum serviço que não tem na nossa unidade. E receber o feedback desse outro serviço. O paciente, ele foi atendido, o que achou, ele tem que dar continuidade ao tratamento na nossa Unidade ou não. (E₁₆)

Para obter uma via de acesso mais fácil para a contrarreferência os profissionais desenvolvem suas próprias estratégias:

Eu tento ver com o paciente, vamos supor ele trata com um médico particular, de um problema sério de coração, então é fazer com que ele, ao invés de procurar um médico do SUS pra me trazer uma contrarreferência, que ele vá nesse médico particular pra me dar uma contrarreferência, porque é mais fácil, o médico já acompanha, então eu tento uma via de acesso mais fácil. [...] A referência acontece mais frequente do que antes, sim. Eu acho que é importante que a referência seja bem preenchida. Por que esse paciente veio até mim? Porque um especialista que está lá na policlínica não sabe da vida do paciente, até porque ele nem anda com o prontuário, o prontuário não é eletrônico. Então a referência tem que ser muito bem redigida, pra ele saber onde dar mais atenção. Qual é a dúvida do meu colega que está lá na ponta, o que ele quer solucionar? (E₃₄)

Mesmo com o sistema de referência implantado “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”²².

Os diversos níveis de atenção à saúde devem formar uma rede de recursos, de modo que um complemente a ação de outro por pactuações prévias. Entretanto, isso só acontecerá se cada um servir como integrante do sistema de atendimento às necessidades de saúde, utilizando os recursos disponíveis no seu nível de atenção para atender o usuário no que seja necessário^{21,28}.

Os depoimentos descrevem o itinerário do encaminhamento do usuário:

A nossa referência é aonde tiver vaga. E as cotas não tem muito aqui, e algumas doenças são referenciadas para o TFD [Tratamento Fora do Domicílio]. (E₃₃)

Eu faço a solicitação sabendo que esse paciente vai ter que ser encaminhado pra fora, tipo Belo Horizonte, por exemplo. Assim como outras especialidades também, isso acaba dificultando pra paciente. (E₂₁)

Algumas coisas não andam e não tem jeito! Por exemplo, nós não temos ortopedista e oftalmologista na policlínica, então os casos de ortopedia e de oftalmologia vão pra fora de Divinópolis. (E₂₈)

Em muitas situações, percebe-se que a preocupação das Equipes da ESF em prestar atenção integral aos usuários é dificultada pela ausência de uma rede local de referência e contrarreferência para serviços assistenciais e resolutivos e pela falta de algumas especialidades médicas. No contexto do SUS em Divinópolis-MG, os casos precisam ser encaminhados para tratamento fora do domicílio (TFD).

Assim, “a partir do instante em que a continuidade do cuidado é rompida, há a predominância e o fortalecimento do modelo clássico de assistência em saúde, o qual se sustenta pelo modelo biomédico de consultas, em detrimento de uma atenção integral”^{29,30,32}.

A existência de encaminhamentos desnecessários foi evidenciada:

De repente... ter um treinamento maior pra fazer essa triagem, se realmente precisa (do encaminhamento) porque, às vezes, está travando porque tem muita gente que não precisaria ser encaminhada. (E₂₄)

Diante dos encaminhamentos desnecessários observamos a falha do profissional médico para a resolutividade da assistência no nível primário:

O médico do Posto faz o atendimento básico e encaminha. Então a gente tem até os médicos que a gente chama de “Dr. Ao”. Que só encaminha: encaminha pro fulano, ciclano, beltrano, pra não sei quem. Já ouviu falar esse termo?! Ah, então vou te explicar direitinho! É aquele doutor que atende e não quer saber nada do paciente, aí se o paciente queixa dor na perna, ele não quer saber qual é o problema e já faz logo o encaminhamento pro ortopedista, pro angiologista, pro reumatologista, pra não sei quem! (Exaltação). Entendeu?! Aí ele fica sem fazer nada, ele só faz o encaminhamento, então funciona mais ou menos assim, esse é o “Dr. Ao”, que tem no Posto de Saúde e são vários, tá?! [...] Tem um monte de encaminhamento assim, pra tudo quanto é coisa que você imagina. Eu posso abrir a pasta de cardiologia e te mostrar, sendo que o “Dr. Ao” passou pra tudo quanto é coisa... a menina de 17, a menina de 20, o senhor de 80, a pessoa de 50... não coloca uma observação, não coloca um nada, e aí fica aquela pasta dessa grossura de encaminhamento. Aí, resultado: chega na hora do gerente marcar as consultas, o que acontece? Tem lá, vamos supor, 10 vagas pro cardiologista e tem uns 200 papéis ali, aí o gerente tem que chamar a coitada da enfermeira que tem que fazer quase uma série de... usar um sistema, uma bola de cristal, sei lá o que é, pra adivinhar quem vai precisar primeiro. Entendeu? (E₂₈)

A expressão “Dr. Ao” enfatiza o descompromisso com uma atenção integral e o desperdício de recursos públicos que são parcos para o atendimento universal e equânime em saúde. Como também a incipiente formação profissional para o trabalho público, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas pelas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do trabalho cotidiano^{4,22}.

A história das políticas de saúde no Brasil é marcada por mudanças que acompanham as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. A essência dessa trajetória histórica é marcada pela ênfase na assistência médica individual de forma curativista e especializada, preconizando a geração do lucro em detrimento da saúde pública, o que, conseqüentemente, gerou sucateamento e precarização de seus serviços³⁰. A cultura médica é refletida no descompromisso com a resolutividade dos problemas singulares no nível primário de atenção à saúde. O usuário busca a atenção médica e o profissional médico transfere sua responsabilidade a outro profissional, o que determina a falta de compromisso por não resolver o menos complexo e referenciar a outros níveis somente o que for necessário.

Além dos desnecessários encaminhamentos, os resultados apresentam que a contrarreferência é pouco frequente:

Se ele (o paciente) não vier aqui e não nos informar a gente não tem (a informação da contrarreferência). (E₂₅)

Quem me dá a referência de que foi atendido é o próprio paciente quando ele volta [...] Ai, quando ele volta, ele me diz se foi atendido, o que aconteceu, se passou pelo psiquiatra, se foi medicado e ele traz a receita para mim. Então, quem me faz a contrarreferência é o paciente, não é a instituição, não é o profissional, normalmente é assim que acontece. (E₂₉)

A gente recebe a referência explicando o que foi feito. O que pode ser realizado aqui e passa pro paciente (a contrarreferência) para que ele leve pra quem encaminhou. (E₃₆)

O trabalho em saúde organiza-se a partir de encontros entre trabalhadores, e entre trabalhadores e usuários. Esses encontros constituem-se em fluxos políticos, comunicacionais, subjetivos, formando uma intrincada rede de relações para o desenvolvimento do cuidado. O sistema de referência e contrarreferência compõe essa rede de relações ao articular diversas unidades, a partir da organização dos encaminhamentos. A rede relacional aproxima os trabalhadores dos fluxos-conectivos com outras equipes e Unidades de saúde, bem como têm suas conexões expandidas para o usuário para estabelecer o cuidado frente a suas necessidades^{4,30}.

A abordagem do ACS frente à referência demonstra a conduta verbal de encaminhar e a formal, ao entender que referenciar, não é atribuição dessa categoria profissional:

Olha... pra mim, agente comunitário, a referência é o médico que faz ou o enfermeiro e a gente não trabalha com referência. (E₁₂)

Se a família tem uma gestante, eu encaminho pro pré-natal, ou se a família tem assim um risco social,

um alcoólatra, porque geralmente droga são raras as pessoas que contam pra gente, devo encaminhar para o CERSAM. (E₃₃)

Esses fatos remetem a reflexões acerca dos processos de formação, capacitação e educação permanente dos ACS, especialmente por não terem formação específica no campo da saúde e necessitarem atender demandas de diversas ordens. É possível que a partir da implementação efetiva do sistema de referência e contrarreferência na rotina dos serviços, essa questão seja colocada em evidência e tratada adequadamente. Nesse contexto, “visualiza-se a atuação do ACS como articulador no processo de cuidar, pois são os principais elos entre as unidades básicas de saúde e suas comunidades, sendo responsáveis por facilitar o acesso a consultas, exames, medicamentos, dentre outras ações”^{30,35}.

A necessidade e a utilidade da referência e contrarreferência, também foram abordadas:

Eu acho que seria interessante se conseguisse fazer uma sensibilização com os profissionais sobre a importância do instrumento. Que essa ficha de referência e contrarreferência não é só mais um papel. É, realmente, um inteiro da situação do paciente para direcionar a conduta que vai ter a respeito do caso. Eu acho que as pessoas precisavam de ter maior clareza sobre para que serve isso e tinha que ter uma sensibilização mesmo. (E₃₇)

A referência tinha que acontecer, tá na Lei, na realidade ela está na 8.080 e não acontece, então... terrível! Não sei onde nós estamos parando... (E₃₀)

Os resultados apresentam a necessidade de se ter maior informação sobre os objetivos, o funcionamento e o preenchimento das referências e contrarreferências, para melhor interação entre profissionais e a interdisciplinaridade das ações, facilitando e agilizando o serviço e o oferecimento de um atendimento mais resolutivo e qualificado.

Conforme a fala do entrevistado, a Lei Nº 8.080/1990³¹ menciona a organização, a direção e a gestão do SUS e é estabelecido que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terão por objetivo:

“fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados”³¹Cap. III, Art. 14-a.

Um fator preocupante e inerente à APS no contexto latino-americano é a insuficiência de recursos como os humanos, financeiros e de infraestrutura, unindo-se com a falta de integralidade da rede assistencial^{2,22}.

A resolutividade dos problemas de saúde é encarada e buscada pelo usuário pelo meio mais fácil de estagnação de seu problema, não sendo, muitas vezes, sua porta de entrada a APS. As soluções dos problemas sanitários continuam fragmentadas e com enfoque biologicista, com consequências na atenção à saúde do indivíduo que poderia ser holística; isso denota o perfil do profissional que continua a atender da mesma forma curativista, sem pretensão de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde^{4,22}.

Os profissionais da APS e os gestores expressaram noções e róis sobre o sistema de referência e contrarreferência e declararam que o acesso aos serviços de saúde se torna precário e inviável quando diversos fatores negativos se tornam presentes no cotidiano da APS e dos serviços da rede, como encaminhamentos desnecessários, ações médicas pouco resolutivas no nível primário, contrarreferência pouco frequente, falta de recursos e estruturas, investimentos insuficientes. Esses fatores inviabilizam a integralidade da atenção nas RAS, e conseqüentemente o caminhar da referência e da contrarreferência, estagnando o processo de cuidado integral e equânime.

CONCLUSÕES

Ao considerar que o SUS foi estruturado como único e universal, com princípios de integralidade e de equidade, que tem a APS como a porta preferencial de entrada do usuário e a ESF como reorientadora desse nível de assistência, esse Sistema deveria ser mais resolutivo e responder às necessidades de saúde das pessoas integralmente.

Entretanto, a realidade nos mostra o contrário. Mesmo com a porta aberta pela APS, há fragmentação das ações e serviços que constituem as RAS; vê-se a falta de adesão da população às práticas preventivas; os usuários buscam soluções imediatas para seus problemas, favorecendo a enorme demanda espontânea e prejudicando o trabalho cotidiano nas Unidades primárias de saúde; perpetua a vivência do modelo assistencial biomédico e fragmentado.

Quanto ao suporte às decisões dos profissionais da APS ao encaminhar os usuários conforme suas necessidades de saúde foi compreendido, neste estudo, que está vinculado ao ato de referenciar, ao ato de receber ou não a contrarreferência pelo profissional/unidade de origem da referência; à resolutividade ou resposta dada ao problema de saúde do usuário que fez gerar o encaminhamento. É dependente do fluxo e da regulação das demandas referenciadas; do tempo de espera do usuário para o atendimento solicitado e referenciado pela APS. Esse suporte pode ser prejudicado pelos encaminhamentos desnecessários e ilegíveis; pela visão dos profissionais sobre o Sistema de Referência e Contrarreferência no cotidiano de trabalho na APS e dos gerentes que convivem diariamente com a gestão dos recursos disponíveis para o atendimento universal, integral e equânime.

A análise múltipla dos casos demonstrou que, em realidades onde a ESF se faz porta de entrada, as ações preventivas

e de educação em saúde já estão presentes no cotidiano e os encaminhamentos surgem para demandas que não podem ser resolvidas na APS. No contexto de unidades básicas tradicionais, os profissionais descrevem o sistema de referência e contrarreferência como uma forma de encaminhar problemas não resolvidos para o nível secundário ou terciário o que evidenciou o afastamento do vínculo individual e coletivo para ampliação da clínica no cotidiano desses serviços. A Saúde é um processo social, de construção coletiva e que precisa vencer o paradigma assistencialista e curativista, onde a medicalização e a mercantilização da enfermidade condicionam nosso cotidiano.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal. 1988; p.133-4: Seção II. Da Saúde.
2. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2010; nov [acesso 2013 out 02]; 15(3): 3579-3586. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033&lng=en.
3. Finkelsztejn A, Acosta LMW, Cristovam RA, Moraes GS, Kreuz M, Sordi AO. et al. Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. *Physis* [periódico na Internet]. 2009; [acesso 2014 jul 20]; 19 (3): 731-741. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300010&lng=en.
4. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2013; [acesso em 2014 fev 02]; 18(1):181-190. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: 2011; 37 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf
6. Oliveira KG, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins PTMC. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2014; [acesso 2014 jul 20]; 16(1), 881-892. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232011000700020.
7. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2012; mar [acesso 2014 ago 02]; 17(3): 621-626. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Grassi D, tradutor. 3 ed. Porto Alegre(RS): Bookman, 2005.
9. Maffesoli M. O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva. Tradução de Aluizio Ramos Trinta. São Paulo: Brasiliense, 1988.
10. Maffesoli M. O Tempo das Tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. 1997.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Minas Gerais; Divinópolis](#); Infográficos: Dados gerais do município. 2013; [acesso 2014 ago 12]. Disponível em:<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312230>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha-Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
14. Baquero RVA. A situação das Américas: democracia, capital social e empoderamento. *Rev. Debates*. [periódico na Internet]. 2012; jan-abr

- [acesso 2014 ago. 12]; 6(1):173-187. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/debates/article/viewFile/25918/17096>
15. Viegas SMF, Penna CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. [periódico na Internet]. 2012; [acesso 2014 set 03]; 13(2):377-87. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/221/pdf>
16. Freire P. Educação como prática para a liberdade. 17a Edição, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.21
17. Soares MC, Mishima SM, Silva RC, Vargas CR, Meinckes SMK, Corrêa ACL. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. [periódico na Internet]. 2011; set [acesso 2014 set 03]; 32 (3): 502-508. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17626>
18. Silva MA, Guareschi PA, Wendt GW. Existe Sujeito em Michel Maffesoli? *Psicol USP*. [periódico na Internet]. 2010; [acesso 2014 mar 14]; 21(2): 439-455. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v21n2/v21n2a11.pdf>
19. Maffesoli M. Notas sobre a pós-modernidade: o lugar faz o elo. Rio de Janeiro: Atlântica, 2004.
20. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Marcela CS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2012; out [acesso 2014 set 30]; 17 (10): 2687-2702. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000018&lng=en.
21. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Souza WV, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2012; [acesso 2014 set 30]; 28: 146-s157. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300015&lng=en.
22. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Rev Esc Anna Nery* (impr.) 2013; jan-mar 17(1):133-141.
23. Coscrato G, Bueno SMV. Concepção de enfermeiros de uma rede pública de saúde sobre educação para a saúde. *Rev esc enferm USP*. [periódico na Internet]. 2013; [acesso 2014 set 30]; 47(3): 714-721. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00714.pdf>
24. Moutinho FFB, Campos MG, Jesus PBR. A importância da implementação de ações educativas em vigilância sanitária pelas equipes da estratégia saúde da família: breve revisão. *Rev APS*. [periódico na Internet]. 2012; abr/jun. [acesso 2014 jul 20] 15(2): 206-213. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/5932>
25. Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguilar KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev APS*. (impr.) 2008; 11(1): 54-61.
26. Mello GA, Viana ALA. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*. [periódico na Internet]. 2011; [acesso 2014 fev 12]; 18(4): 1131-1149. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000400010&lng=en.
27. Farias SF, Gurgel Jr. GD, Monteiro AC, Lino Lino RB, Rebelo RB. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciênc saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2011; [acesso 2014 set 30]; 16(1):1043-1053. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700037&lng=en.
28. Landsberg GAP, Savassi LCM, Sousa AB, Freitas JMR, Nascimento JLS, Azagra RL. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. *Ciênc saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2012; nov [acesso 2014 set 30]; 17(11):3025-3036. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100019&lng=en.
29. Ferreira M, Dias BM, Mishima SM. Interações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev Eletr Enferm*. [periódico na Internet]. 2012; [acesso 2014 set 03]; 14(4):760-770. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a03.pdf
30. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. *Rev Enferm UFSM*. [periódico na Internet]. 2011; jan/abr. [acesso 2014 ago 30]; 1(1):31-40. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2337>
31. Brasil. Lei no. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: 19 setembro de 1990; 19 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> Acesso em 12 de setembro de 2008.

Recebido em: 14/01/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 08/01/2016
Publicado em: 01/10/2016

Endereço para correspondência:
Selma Maria da Fonseca Viegas
Rua Lambari, 100. Centro, Bom Despacho-MG, Brasil.
CEP: 35.600-000