

# REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Referral and counter-referral in Family Health: perceptions of health professionals

Simone de Melo Costa<sup>1</sup>, Atília Ferreira<sup>2</sup>,  
Larissa Rodrigues Xavier<sup>3</sup>, Patrícia Nunis de Souza Guerra<sup>4</sup>, Carlos Alberto Quintão Rodrigues<sup>5</sup>

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo verificar a opinião de profissionais de nível superior vinculados à Estratégia Saúde da Família – ESF sobre o sistema de referência e contrarreferência, no contexto do Sistema Único de Saúde-SUS, em município do Norte de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de estudo transversal, quantitativo e de cunho censitário. Participaram do estudo 95 profissionais de formação em Enfermagem, Odontologia e Medicina. A maioria (98,9%) dos profissionais referencia os usuários da atenção primária à saúde-APS para os outros níveis de atenção, sem diferença entre as categorias profissionais ( $p > 0,05$ ). Os usuários referenciados encontram dificuldades para o atendimento em outros níveis de atenção. A maioria dos profissionais afirmou que os usuários dos serviços de saúde não são contrarreferenciados para a ESF, com diferença de opinião entre as categorias profissionais ( $p < 0,001$ ). Na visão dos entrevistados, existe uma falha de comunicação entre os níveis de atenção no SUS, o que sugere um modelo fragmentado de saúde e problemas de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência.

**PALAVRAS CHAVE:** Saúde da Família; Referência e Consulta; Sistemas de Saúde.

## ABSTRACT

This study aimed to verify the opinion of top-level professionals linked to the Family Health Strategy (FHS), on the system of referral and counter-referral, in the context of the Unified Health System (UHS), in a city in northern Minas Gerais, Brazil. It is a cross-sectional study, quantitative, and in the nature of a census. The study included 95 professionals trained in nursing, dentistry, and medicine. The majority (98.9%) of the professionals refer primary health care (PHC) users to other levels of care, with no difference between the professional categories ( $p > 0.05$ ). The referred users run into problems finding assistance in other levels of care. Most of the professionals said that health services users are not counter-referred to the FHS, with a difference of opinion between the professional categories ( $p < 0.001$ ). In the view of the interviewees, there is a miscommunication between the levels of care in the UHS. This suggests a fragmented health care model, and problems with accessibility, universality, and comprehensiveness of care.

**KEYWORDS:** Family Health; Referral and Consultation; Health systems.

<sup>1</sup> Simone de Melo Costa, Doutora em Odontologia- Saúde Coletiva, Mestre em Ciências da Saúde. Tutora do PET-Saúde. Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes. E-mail: smelocosta@gmail.com

<sup>2</sup> Atília Ferreira, Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes. Acadêmica de iniciação científica do Programa de Educação para o Trabalho, PET-Saúde

<sup>3</sup> Larissa Rodrigues Xavier, Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes. Acadêmica de iniciação científica do Programa de Educação para o Trabalho, PET-Saúde

<sup>4</sup> Patrícia Nunis de Souza Guerra, Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes. Acadêmica de iniciação científica do Programa de Educação para o Trabalho, PET-Saúde

<sup>5</sup> Carlos Alberto Quintão Rodrigues, Mestre em Ciências da Saúde. Tutor e Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Unimontes. Coordenador do PET-Saúde 2010/2011. Professor do Departamento de Odontologia da Unimontes

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS -, como sistema de saúde público brasileiro, deve funcionar como uma rede integrada para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, permitindo o acompanhamento do indivíduo nos diferentes níveis de atenção à saúde conforme suas necessidades.

Nesse sentido, foi criada a Estratégia Saúde da Família - ESF para reorientar o modelo de assistência a partir da atenção primária à saúde - APS, em conformidade com os princípios do SUS.<sup>1</sup> A ESF é uma nova forma de cuidar da saúde, tendo a família e o seu espaço social como o núcleo básico da atenção. A atenção à saúde deve ocorrer de forma integral, contínua e em diferentes níveis, envolvendo ações de prevenção das doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação. Essa nova forma de cuidar requer dos profissionais de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença.<sup>2</sup>

O cuidar na ESF requer também ações intersetoriais a partir da utilização de um planejamento local participativo como ação reguladora da resolutividade, eficiência e eficácia do serviço.<sup>3</sup> E, para o funcionamento adequado do processo de trabalho na ESF, o trabalho em equipe é considerado essencial.<sup>4</sup>

No entanto existem obstáculos para a construção de um trabalho em equipe participativo, entre eles, cabe ressaltar: a valorização social diferenciada entre as diferentes categorias profissionais que disciplina as relações de subordinação entre os trabalhadores; as falhas no processo de formação profissional; a inadequação na organização e nos processos de trabalho.<sup>4</sup> Tais embaraços resultam na ausência de espaço para a articulação e integração do trabalho desenvolvido pela equipe, o que pode desencadear em descontinuidade das ações e fragmentação da assistência à saúde.<sup>1</sup>

A integração da rede de serviços, na perspectiva da Atenção Primária, envolve uma série de fatores, entre eles, a existência de um serviço de procura regular, a constituição dos serviços de APS como porta de entrada preferencial, a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e os serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas<sup>5</sup>, com mecanismos formalizados de referência e a coordenação das ações pela equipe de APS, garantindo o cuidado contínuo.<sup>6</sup> Integração, coordenação e continuidade são processos interrelacionados e interdependentes que se expressam em vários âmbitos: sistema, atuação profissional e experiência do paciente ao ser cuidado.<sup>7</sup>

Entende-se por referência e contrarreferência a orga-

nização dos serviços de saúde em redes sustentadas por critérios, fluxos e pactuações de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos indivíduos. A rede prevê diferentes níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos entre os equipamentos de saúde. O sistema em rede deve fomentar e assegurar vínculos nas dimensões intraequipes, interequipes/serviços, entre profissionais da saúde e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.<sup>8</sup>

A articulação entre os diversos setores da rede exige recomposição de processos de trabalho distintos e, portanto, conexões e interfaces entre as intervenções técnicas de cada área profissional, no entanto, com a manutenção das respectivas especificidades. Nesse sentido, é importante verificar como os profissionais de saúde, de diferentes categorias, percebem o sistema de referência e contrarreferência na ESF. Assim este trabalho tem como objetivo identificar a opinião dos profissionais de nível superior vinculados à Saúde da Família acerca da referência e contrarreferência, no contexto do Sistema Único de Saúde, em município do Norte de Minas Gerais, Brasil, a partir da experiência vivenciada na prática.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo constitui-se em um recorte da pesquisa "Construção da agenda em saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil". A referida pesquisa foi conduzida no âmbito do Programa de Educação para o Trabalho e Saúde - PET-Saúde 2010/2011, proposto pelo Ministério da Saúde e o da Educação, Brasil. Tem-se como uma das contribuições do PET-Saúde a formação dos estudantes e profissionais da área da saúde por meio do desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimotes, parecer nº 1966/2010, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

Trata-se de estudo transversal, quantitativo e de cunho censitário. A proposta foi desenvolvida junto aos profissionais de saúde, de nível superior, vinculados à Estratégia Saúde da Família - ESF e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde- EACS, da zona urbana de cidade polo do norte de Minas Gerais, Brasil, em 2010. O município contava, na época, com uma população estimada em 361.971 habitantes<sup>9</sup> e com 63 equipes de saúde da família na ESF/EACS. Os profissionais de nível superior que participaram deste estudo tinham formação em Enfermagem, Odontologia e Medicina. No período da cole-

ta de dados, faziam parte das equipes de saúde da família 114 profissionais de nível superior (50 da Enfermagem, 27 da Medicina e 37 da Odontologia).

O instrumento de coleta de dados foi o questionário semiestruturado e autoaplicado. O questionário foi elaborado para atender os objetivos do estudo, a partir da pesquisa bibliográfica sobre a temática. Foi realizado um estudo piloto para testar e adequar o instrumento de coleta de dados.

O banco de dados foi construído no Programa SPSS versão 18.0®. Para a análise descritiva das variáveis quantitativas, foram utilizadas as medidas de tendência central: média aritmética, desvio padrão, valor mínimo e máximo e quartis, bem como o cálculo de proporções. A associação entre as variáveis foi feita por meio do teste estatístico qui-quadrado e a comparação entre as médias foi feita pelo teste Kruskal-Wallis, considerando o nível de significância  $p < 0,05$  e o intervalo de confiança 95%.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 95 de 114 profissionais de nível superior e trabalhadores da ESF/EACS de Montes Claros, Minas Gerais, perfazendo um total de 83,3% dos profissionais. Dos profissionais participantes, 47,4% (45) tinham formação em Enfermagem, 32,6% (31), em Odontologia e 20% (19), em Medicina.

O número de pessoas atendidas, diariamente, pelos profissionais de nível superior variou de três a 45 pessoas, sendo a média igual a 15,49 ( $\pm 6,871$ ) indivíduos, a média igual a 20 pessoas, a mediana igual a 15 e os percentis 25% e 75% foram iguais a 10 e 20 pessoas, respectivamente. Na Tabela 1, estão descritas as médias de pessoas atendidas conforme a categoria profissional. Foi detectada diferença estatisticamente significativa entre as médias de atendimento por profissão ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 1** - Média, desvio padrão (DP), mínimo e máximo de pessoas atendidas diariamente. Profissionais de nível superior. ESF/EACS. Montes Claros, MG, Brasil.

Formação	Média de pessoas atendidas ( $\pm$ DP)	Mínimo	Máximo	p*
Enfermagem	16,64 $\pm$ 7,64	5	45	p < 0,001
Medicina	20,00 $\pm$ 5,27	10	32	
Odontologia	10,97 $\pm$ 2,98	3	16	

\*Kruskal-Wallis

Fonte: dados da pesquisa.

A grande maioria (98,9%) dos profissionais respondeu que referencia os usuários da atenção primária à saú-

de-APS para os outros níveis de atenção do setor público de saúde, sem diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais ( $p > 0,05$ ). No entanto a maioria (67,4%) dos entrevistados afirmou que os usuários referenciados para os outros níveis de atenção têm encontrado dificuldades para serem atendidos nos outros níveis de atenção (Tabela 2). Essa opinião não foi associada às categorias profissionais ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 2** - Distribuição dos pesquisados conforme a opinião acerca de dificuldades para o atendimento nos outros níveis de atenção referenciados. Profissionais de nível superior. ESF/EACS. Montes Claros, MG, Brasil. 2010.

Formação profissional	Pessoas referenciadas encontram dificuldades para o atendimento nos outros níveis de atenção?			Teste Qui quadrado de Pearson p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Enfermagem*	26 (63,4%)	15 (36,6%)	41 (100%)	p > 0,05
Medicina*	16 (84,2%)	3 (15,8%)	19 (100%)	
Odontologia*	18 (62,1%)	11 (37,9%)	29 (100%)	
Total	60 (67,4%)	29 (32,6%)	89 (100%)	

\*missing

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação à contrarreferência, a maioria (59,1%) dos entrevistados afirmou que os usuários dos serviços de saúde não são contrarreferenciados para a ESF após o atendimento em outros níveis de atenção (Tabela 3), com diferença estatisticamente significativa da opinião entre os grupos de profissionais ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 3** - Distribuição dos pesquisados conforme opinião acerca da contrarreferência de outros níveis de atenção. Profissionais de nível superior. ESF/EACS. Montes Claros, MG, Brasil. 2010.

Formação profissional	Pessoas referenciadas são contrarreferenciadas para a ESF/EACS?			Teste Qui quadrado de Pearson p
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Enfermagem*	6 (14,6%)	35 (85,4%)	41 (100%)	p < 0,001
Medicina*	2 (11,1%)	16 (88,9%)	18 (100%)	
Odontologia*	28 (96,6%)	1 (3,4%)	29 (100%)	
Total	60 (67,4%)	29 (32,6%)	88 (100%)	

\*missing

Fonte: dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais entrevistados era de formação em Enfermagem. Esse era um resultado esperado, uma vez que a presença dessa categoria profissional é uma exigência do Ministério da Saúde, tanto para a equipe da ESF quanto para a EACS. A Odontologia e a Medicina não fazem parte da equipe da EACS. Neste estudo, foram identificados apenas profissionais das categorias Enfermagem, Medicina e Odontologia, apesar de existirem outras categorias profissionais que integram a equipe da ESF.

É recomendável que a equipe de uma Unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados à equipe saúde da família, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. Os profissionais de saúde devem estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para as atividades comunitárias e em grupo.

Nesse sentido, algumas equipes possuem a equipe de saúde bucal e poderão contar com a participação do assistente social, psicólogo, entre outros profissionais.<sup>4</sup>

O número de pessoas atendidas diariamente pelos profissionais de nível superior apresentou grande variação, sendo a menor média de atendimento referente ao profissional da Odontologia. O atendimento clínico odontológico, em geral, demanda maior tempo que as consultas médicas e de enfermagem, por envolver na maioria das vezes os procedimentos curativos, como as restaurações dentárias e as exodontias.

O histórico das práticas do cirurgião-dentista caracteriza-se, majoritariamente, pela intervenção individual e clínica para uma clientela reduzida, proveniente da demanda espontânea. Esse tipo de assistência reproduz o modelo ineficaz e de baixo impacto da prática privada, com ênfase em atividades restauradoras.<sup>10</sup>

Apesar de se observarem alguns avanços quanto ao modelo de atenção no SUS, desde a implantação da ESF, o modelo assistencial curativista ainda é o que prevalece, e isso pode ser explicado, em parte, porque a maioria dos indivíduos só procura os serviços de saúde quando a doença já está presente. Assim, os serviços odontológicos públicos ficam restritos a manter uma dada oferta de atendimento<sup>11</sup> para dar conta de resolver os problemas de saúde já instalados na comunidade.

A grande maioria dos profissionais referencia os usuários da APS para os outros níveis de atenção, do próprio setor público de saúde. Esse resultado condiz com a forma que o SUS foi planejado, ou seja, em diferentes níveis de atenção. Muitos dos procedimentos do setor saúde são

executados restritamente nos níveis de alta e média complexidade. Espera-se que a APS atue no sentido da vigilância em saúde e, dessa forma, consiga atender a maioria das situações previstas em um território da ESF/EACS.

O baixo impacto resolutivo do sistema de saúde tem sido explicado por diversas razões, sendo que uma delas é o baixo grau de resolutividade da atenção primária, inchando a demanda nos demais níveis de complexidade. Os níveis secundário e terciário, pela natureza de alta tecnologia e tipo de financiamento, acabam por não absorverem todos os encaminhamentos recebidos do nível primário, criando os conhecidos gargalos.<sup>12</sup>

A resolutividade dos serviços de saúde no modelo hierarquizado por níveis de atenção, pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado. Já o segundo aspecto de avaliação estaria dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde.<sup>13</sup>

Neste estudo foi constatado que a maioria dos pesquisados afirmou que as pessoas referenciadas para outros níveis de atenção têm encontrado dificuldades para o atendimento. Esse resultado caracteriza um desrespeito ao princípio da integralidade das ações em saúde, previsto pelo SUS.

Para respeitar os princípios defendidos pelo SUS – universalidade, integralidade e equidade – é preciso enfatizar o trabalho em equipe e englobar um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que envolvem promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação.<sup>14</sup> A integralidade tem um conceito abrangente, que instiga a organização de novos serviços de saúde, e a revisão das práticas sanitárias e dos processos de trabalho, de modo que o atendimento integral priorize as atividades preventivas, sem negligenciar, no entanto, os serviços assistenciais.<sup>15</sup>

Na prática, verifica-se que o usuário do SUS depara-se com dificuldade de acesso aos serviços de referência para a realização de consultas e exames. Essa dificuldade de acesso aos serviços gera uma demora à assistência à saúde, fato que pode comprometer o diagnóstico das doenças sob suspeita, contrariando o modelo de vigilância em saúde. Ademais, a falta de acesso aos serviços de média e alta complexidade compromete a integralidade da atenção. Portanto, pode-se considerar que um dos problemas enfrentados na efetivação de assistência à saúde com qualidade configura-se na quebra da integralidade entre os níveis de assistência à saúde.<sup>16</sup>

Os resultados deste estudo também demonstraram que a contrarreferência não tem acontecido, uma vez que a maioria dos pesquisados afirmou que as pessoas não são contrarreferenciadas para a ESF/EACS após o atendimento em outros níveis de atenção. No entanto, quando feita a comparação das opiniões dos entrevistados por categoria profissional, o que se observa é que o profissional da odontologia apresentou a situação mais favorável que os resultados da classe médica e da enfermagem. Isso pode ser explicado porque a referência na odontologia se concentra, na maioria das vezes, para o Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, o que facilita o controle da referência e contrarreferência.

Diferentemente da Odontologia, na Enfermagem e na Medicina, as referências envolvem setores de saúde diferenciados, por exemplo, hospitais, clínicas especializadas e laboratórios. A diversidade de setores, de certo modo, dificulta o trabalho de conscientização de todos os funcionários envolvidos na assistência à saúde quanto à importância da contrarreferência para a atenção primária à saúde - APS. Ademais, o profissional que trabalha nos setores de média e alta complexidade e que tenha uma formação estritamente especializada muitas vezes desconhece a importância do funcionamento de um sistema de saúde em rede articulada e do papel fundamental da APS como coordenadora dessa rede.

Outra hipótese é que as pessoas não são contrarreferenciadas porque não estão conseguindo o atendimento no setor de saúde público, de média e alta complexidade, a que foram referenciadas, como nos hospitais e clínicas médicas. Isso pode ser deduzido uma vez que os resultados deste estudo apresentaram maiores dificuldades de atendimento das pessoas quando referenciadas pelas categorias da Enfermagem e Medicina.

Considera-se que o trabalho em equipe poderia ser a base para a organização dos serviços, o que poderia minimizar a divisão do processo de trabalho e superar a inércia e a burocracia existentes;<sup>17</sup> além de contribuir para alcançar a integralidade na assistência à saúde.<sup>18</sup>

O usuário dos serviços de saúde deve ser compreendido na sua totalidade, considerando os seus aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Assim, a assistência à saúde de modo integral, mesmo na dimensão individual, deveria apresentar um caráter completo, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos entre os usuários e os cuidadores, por meio do acolhimento.<sup>19</sup> Portanto, em qualquer nível de atenção à saúde, os usuários têm o direito de serem ouvidos e assistidos conforme suas demandas.

A abordagem à assistência deve ser de forma integrada por meio da articulação de todos os passos na

produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. E, para isso, o mapeamento da assistência à saúde por meio do acompanhamento da linha do cuidado evitaria a fragmentação nos diferentes níveis de atenção.<sup>20</sup> Nesse sentido, se as pessoas referenciadas fossem atendidas ou pelo menos acolhidas nos outros níveis de atenção e contrarreferenciadas à ESF/EACS seria uma forma de mapear a assistência e propor melhoras na qualidade do serviço. E, nos casos em que os outros níveis não pudessem prestar o atendimento ao usuário, se pelo menos fizessem o acolhimento e contrarreferenciassem para ESF/EACS, explicitando o motivo do não atendimento, isso contribuiria para avaliar o funcionamento do sistema em rede e planejar ações políticas de enfrentamento ao problema. Ademais, a contrarreferência pode contribuir para a educação permanente dos profissionais da atenção primária, que terão oportunidade de certificar e avaliar os diagnósticos efetuados e que embasaram a tomada de decisão para o referenciamento.

A articulação da rede SUS do município estudado é uma necessidade em mão dupla, pois os serviços de média e alta complexidade, além de atender a população local, atende a população de outros municípios menores situados na região do Norte de Minas Gerais.

Considera-se que, em virtude da pequena capacidade de determinados municípios de proverem os investimentos necessários para a prestação de serviços assistenciais hospitalares ou de serviço especializado, evidencia-se a necessidade de se constituírem em redes articuladas regionais. A rede articulada supera a desintegração organizacional, além da competição entre os órgãos gestores, levando à eficiência e à resolutividade dos sistemas locais.<sup>21</sup>

No Brasil, ainda não foi possível implantar uma estratégia que atue em plenitude, em todos os níveis da atenção e linhas de cuidado, de forma integrada e contínua. Os investimentos e as intervenções propostos no SUS ainda não foram suficientes para suprir todas as necessidades da população.<sup>8</sup>

## CONCLUSÃO

Observou-se na visão dos profissionais de saúde que existe uma falha de comunicação entre os diferentes níveis de atenção no SUS, o que caracteriza um modelo fragmentado de saúde, uma vez que os usuários encontram dificuldades de acesso aos serviços de saúde nos níveis de média e alta complexidade. Ademais, a contrarreferência para ESF/EACS é deficitária, já que a maioria dos profissionais afirma que ela não acontece. Essa fragmentação contrapõe-se à proposta do Sistema de Saúde em rede, que deveria vincular e acompanhar o fluxo dos

usuários nos diferentes níveis de atenção. Se há problemas com relação à referência e à contrarreferência, pode-se deduzir que existam problemas nas questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. Assim, a falta de articulação entre os diferentes setores da rede SUS não contribui para a efetivação da proposta de um sistema unificado de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 nov; 15(Supl.1):1533-41.
2. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 mar; 14(3):783-94.
3. Moura ERF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad. Saúde Pública*. 2002 nov-dez; 18(6):1809-11.
4. Shimizu HE, Kell MCG. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 jan; 15(1):1533-41.
5. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2002 Brasília: Unesco/Ministério da Saúde.
6. Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada? Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Revista de Administración Sanitaria*. 2006 fev; 4(2):357-82.
7. Hartz ZMA, Medina MG. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009 mai; 25(5):1153-67.
8. Lumer S, Rodrigues PHA. O papel da saúde da família na atenção às urgências. *Rev APS*. 2011 jul/set; 14(3): 289-95.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional 2010. [Internet]. 2010 [citado em 2012 Mar 5]. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php).
10. Pimentel FC, Martelli PJJ, Junior JLACA; Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 julho; 15(4):15-8.
11. Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. *Rev Saúde Pública*. 2002 mar; 40(3):73-8.
12. Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*. 2005 jun; 18(9):489-506.
13. Turrini RNT, Lebrão ML2, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública*. 2008 mar; 24(3):663-74.
14. Ribeiro KSQS. Fisioterapia na comunidade: buscando caminhos na atenção primária à saúde a partir de um projeto de extensão universitária [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2001.
15. Mascarenhas MTM. Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no Município de Niterói, RJ: estudos de caso em unidade básica de saúde e módulo do programa médico de família [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
16. Marques RM, Mendes A. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde-SUS. In: *Os Sinais Vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002.p71-104.
17. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
18. Mendonça C,S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! Family Health, more than never! *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009, 14(Supl. 1):1493-97.
19. Mattos RA. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (05):1411-16.
20. Malta DC, Cecilio LCO, Merfhi EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde su-

plementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 7(1):61-6.

21. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.56p.:il. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

### **Agradecimentos:**

Ao Programa de Educação para o trabalho e saúde - PET-Saúde 2010-2011 por contribuir para a formação dos estudantes e profissionais da área da saúde por meio do desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

---

Submissão: Maio/2012  
Aprovação: Agosto/2012

---