

Interface entre os diferentes níveis de atenção à saúde: o desafio da complementaridade

Interface between the different levels of health care: challenge of the complementarity

Interfaz entre los diferentes niveles de atención de la salud: desafío de la complementariedad

Maria Denise SCHIMITH¹, Ana cristina Passarella BRÊTAS², Maria de Lourdes Denardin BUDÓ³, Bruna Sodré SIMON⁴, Dyan Jamilles Teixeira BRUM⁵, Sueli Goi BARRIOS⁶; Tiffany Colomé LEAL⁷

RESUMO

Objetivo: identificar, na produção científica, aspectos pesquisados sobre a interface entre os diferentes níveis de atenção à saúde. **Métodos:** revisão integrativa, realizada no período entre 1990 e 2012, com dados coletados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Literatura Internacional em Ciências da Saúde com os descritores: referência e consulta; continuidade da assistência ao paciente; acesso aos serviços de saúde; e a palavra “itinerário”. As buscas ocorreram no mês de maio de 2013. **Resultados:** foram agrupados em núcleos de sentido: relações entre os serviços e entre os profissionais de saúde e usuários; organização dos serviços de saúde; participação dos usuários nos serviços de saúde; e educação permanente. **Considerações Finais:** a continuidade da atenção depende das relações entre trabalhadores e usuários e da corresponsabilização pelo cuidado. Propõe-se uma reflexão acerca da formação profissional que desencadeie interdisciplinaridade e participação do usuário na construção da rede.

Descritores: Sistema único de saúde; Continuidade da assistência ao paciente; Enfermagem; Participação do paciente.

ABSTRACT

Objective: to identify, in the scientific production, researched aspects about of the interface between the different levels of health. **Methods:** integrative review, realized in the period from 1990 to 2012, with data collected in the Latin American and Caribbean Health Science Literature Database, using the descriptors: referral and consultation; continuity of patient care; health services accessibility, and the word “itinerary”. The searches took place in the month of May 2013. **Results:** it was grouped in sense nucleus: relations between the health services and the health

¹ Enfermeira. Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, email: ma.denise2011@gmail.com

² Enfermeira. Doutora, Professora Associada da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. acpbretas@unifesp.br

³ Enfermeira. Doutora, Professora Associada da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, email: lourdesdenardin@gmail.com

⁴ Enfermeira. Mestre. Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, email: enf.brusimon@gmail.com

⁵ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, email: jamillesenf@gmail.com

⁶ Enfermeira, Mestre. Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST) Prefeitura Municipal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: sueligbarrios@hotmail.com

⁷ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, email: tifyanyleal@hotmail.com

professionals and users; organization of health services; participation of users in the services of health; and permanent education. **Final considerations:** the continuity of care depends on the relations between workers and users and co-responsibility for care. It propose a reflection about the professional formation to encourage interdisciplinarity and to engage the user in the construction of the network.

Descriptors: Unified health system; Continuity of patient care; Nursing; Patient participation.

RESUMEN

Objetivo: identificar, en la producción científica, aspectos investigados sobre la interfaz entre los diferentes niveles de atención de la salud. **Métodos:** revisión integradora, en el periodo entre 1990-2012, con datos recolectados en bases de datos Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud y Literatura Internacional en Ciencias con los descriptores: referencia y consulta; continuidad de la asistencia al paciente; acceso a los servicios de salud; y la palabra itinerario. Las búsquedas se realizaron en el mes de mayo 2013. **Resultados:** fueron agrupados núcleos de sentido: relaciones entre servicios y entre profesionales de salud y usuarios; organización de los servicios de salud; participación de los usuarios en servicios de salud y; educación permanente. **Consideraciones finales:** La continuidad de la atención depende de las relaciones entre trabajadores y usuarios y la corresponsabilidad de la atención. Se propone una reflexión acerca de la formación profesional que desencadene interdisciplinaria y participación del usuario en la construcción de la red.

Descriptores: Sistema único de salud; Continuidad de la atención al paciente; Enfermería; Participación del paciente.

INTRODUÇÃO

A organização e coordenação do cuidado nos sistemas nacionais de saúde historicamente têm passado pela necessidade de complementaridade entre as ações e serviços de saúde. Em que pesem as diferenças nos arranjos organizacionais, com objetivos e contextos distintos em diferentes países, tem-se em comum a necessidade de dar respostas ao aumento da expectativa de vida e consequente prevalência de doenças crônicas.¹

No Brasil, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como a organização integrada de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que procuram garantir a integralidade do cuidado e melhorar o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS), em

relação ao acesso, equidade e eficácia.²

As RAS, no Brasil, ainda se encontram em fase de estruturação.³⁻⁴ Em uma análise internacional, os sistemas de saúde encontram-se ainda fragmentados, direcionados à atenção de condições agudas e crônicas agudizadas.⁵ Persiste assim, o desafio da complementaridade entre os serviços públicos em nível mundial, em especial nos sistemas que possuem a intenção de garantir o cuidado integral aos seus cidadãos.⁶⁻⁷

Faz-se necessário o entrelaçamento da rede de cuidado, criando e ampliando os fluxos entre os diversos serviços de saúde, para a garantia das políticas públicas. Os níveis de atenção à saúde, com arranjos segundo a densidade

tecnológica, têm-se historicamente organizado de forma hierárquica e burocratizada.⁸⁻⁹ No entanto, as redes são essenciais para o uso racional dos recursos e para a gestão do cuidado.⁹

A motivação para realização desta pesquisa foi a experiência profissional das autoras, que vivenciam a realidade de Pronto-Socorro (PS) de um hospital universitário lotado, em cuja demanda existem casos que podem ser resolvidos na Atenção Básica (AB). Dentre os depoimentos acerca das motivações dos usuários pela procura por PS, estavam relacionadas a problemas no acesso e na organização dos serviços de saúde.¹⁰

Tendo este panorama como pano de fundo, estabeleceu-se como questão de pesquisa: Quais aspectos estão sendo pesquisados sobre a interface entre os diferentes níveis de atenção? Para tanto, o objetivo de pesquisa foi identificar, na produção científica, aspectos pesquisados sobre a interface entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual possibilita que o pesquisador analise e sintetize uma determinada temática, permitindo a incorporação nas práticas de resultados de estudos.¹¹ Para atingir o rigor metodológico da pesquisa, foram atendidas as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa (explicitada na introdução), formulação dos critérios de inclusão e exclusão, escolha dos dados nos estudos selecionados e posterior

elaboração das categorias, análise dos dados, interpretação dos resultados e, por último, a apresentação da pesquisa.¹²

Os dados foram coletados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PUBMED). Os descritores na LILACS foram: “referência e consulta” and “Sistema Único de Saúde”; “continuidade da assistência ao paciente” and “Sistema Único de Saúde”; “acesso aos serviços de saúde” and “Sistema Único de Saúde”; e a palavra “itinerário” and “sistema único de saúde”. Na PUBMED: “*referral and consultation AND public health service*”; “*continuity of patient care AND public health service*”; “*health care quality, access AND public health service*” e “*delivery of health care, Integrated AND public health service*”. As buscas foram realizadas no mês de maio de 2013, utilizando como limites a pesquisa em humanos; idioma português, espanhol e inglês; e ano de publicação. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 1990 e 2012. A definição do recorte temporal justifica-se por ser o ano de publicação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90).

Encontraram-se, na LILACS, 125, e na PUBMED, 78 publicações. Foram eliminadas as repetições e aplicados os critérios de inclusão, utilizando artigos disponíveis na íntegra *online*, resultados de pesquisas, relatos de experiências que envolvessem mais de um serviço da rede. Após esta etapa, chegou-se a um número final de 21

artigos na LILACS; e 13 artigos na PUBMED, totalizando 34 artigos, lidos na íntegra.^{3,6-7,13-43}

Os dados foram organizados por meio de uma ficha contendo as informações: referência do artigo, objetivo, abordagem metodológica, área de desenvolvimento da pesquisa, cenário da pesquisa, sujeitos, resultados, conclusões e país de publicação.

Os dados foram agrupados em núcleos de sentido, quais sejam: relações entre os serviços de saúde e entre os profissionais de saúde e usuários, organização dos serviços de saúde e educação permanente.⁴⁴ A fim de auxiliar no agrupamento dos núcleos de sentido, utilizamos o *software ATLAS.ti 5.0*.

RESULTADOS

Compreende-se que analisar as experiências da interface dos serviços de saúde de forma abrangente, incluindo pesquisas nacionais e internacionais, permite sistematizar os avanços e os desafios existentes quando o tema é a complementaridade entre os serviços. A intenção aqui não é comparar as diversas formas de organização dos sistemas nacionais.

Relações entre os serviços de saúde e entre os profissionais de saúde e usuários

Existe uma implicação das relações entre os serviços de saúde e entre os profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Um estudo realizado com

mulheres com câncer de mama no Chile destacou que a agilidade no atendimento foi devida à boa comunicação entre os profissionais dos serviços, associada ao conhecimento que o médico possuía sobre a patologia.¹³ A confiança em profissionais de saúde, pesquisada entre indivíduos HIV positivos, foi associada com aumento de visitas clínicas ambulatoriais, diminuição do uso de emergência e aumento da adesão ao tratamento, bem como melhora da saúde física e mental. A desconfiança, portanto, pode ser barreira para utilização dos serviços de saúde.¹⁴

Um estudo apontou que, no caminho percorrido pelas mulheres para romper com a violência, muitas vezes estas não receberam acolhimento nos serviços e os trabalhadores minimizaram os pedidos de ajuda e culpabilizaram-nas.¹⁵ Ao identificar o acesso ao pré-natal na AB em Unidade Básica de Saúde, uma pesquisa indica que há necessidade de qualificar a assistência, fortalecendo o vínculo dos profissionais com as usuárias, respeitando as particularidades de cada gestante.¹⁶ A necessidade de acolhimento e vínculo com o profissional e equipe de saúde somente foi ultrapassada pela necessidade de reconstrução de práticas que fortaleçam a autonomia e autoconfiança das mulheres para o cuidado em saúde.¹⁷

É visto que tanto as relações entre os profissionais quanto entre profissional e usuários contribui para a adesão e compreensão sobre seu tratamento, como no caso da Diabetes, por exemplo, quando na

visão dos usuários, estão sendo cuidados de forma colaborativa e justa.¹⁸ As relações entre os diferentes níveis de cuidado são necessárias para redirecionar o uso inapropriado de serviços de emergência.¹⁹ Para que isso seja eficiente é imprescindível que haja um acolhimento qualificado na Atenção Primária (AP).¹⁹ Um estudo identificou que o Programa Saúde da Família encaminhava pessoas com sofrimento mental para a rede especializada, a despeito da precariedade desta.²⁰

Também para facilitar o atendimento é necessária uma boa relação entre os serviços, como, por exemplo, entre um Centro de Diálise e seu hospital de referência, pois assim atingiriam a equidade no tratamento do paciente dialisado, pelo menos naquela localidade.²¹ Ao analisar as práticas institucionais e profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação, estudo demonstrou, em uma das categorias de resultados, que as relações pessoais influenciam no caminho para a viabilização do acesso. A pesquisa revelou que a responsabilização dos trabalhadores de saúde faz com que busquem caminhos alternativos, que superem os preconizados pela regulação.²²

Organização dos serviços de saúde

Estudo realizado na metade sul do Rio Grande do Sul (RS) revelou descompasso entre o Plano Diretor de Regionalização da saúde e o caminho percorrido pelos usuários,

identificando que a territorialização não responde às suas necessidades.²³

Há inexistência de sistema de referência entre os diversos serviços²³, e a contra referência, quando ocorre, é “personalizada”³, o que compromete o acesso aos especialistas e exames.²⁴ Outro estudo identificou o uso inadequado da referência para nefrologista no cuidado a pacientes em estágios iniciais de doença renal.²⁵

Destacam-se fatores que dificultam o acesso, como o processo de trabalho que deve levar em conta os determinantes sociais da saúde e a intersetorialidade para ampliar o acesso e o cuidado integral da saúde da mulher.³

Estudos demonstram que o acesso às consultas médicas parece ser mais fácil quando comparadas com o serviço de odontologia.²⁶⁻²⁷ Enquanto que um aponta que ainda existe uma hegemonia da figura do médico nas equipes multiprofissionais, mesmo em Unidade de Saúde da Família, em que o trabalho deveria ser desenvolvido com coparticipação de toda a equipe,²⁶ o outro indica avanço considerável na redução das desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos no Brasil de 1998 a 2008. Entretanto, as desigualdades entre os grupos sociais ainda são grandes e podem ser consideradas ética e politicamente inaceitáveis, uma vez que revelam desvantagens de acesso e de utilização dos serviços odontológicos entre os mais pobres.²⁷

A dificuldade de agendamento, o tempo de espera para a consulta e

horário de funcionamento dos serviços de AB predispõem ao uso inadequado dos serviços de emergência.¹⁹

Estudos internacionais investigam a continuidade do cuidado evidenciando a importância da complementaridade entre os serviços, mesmo em propostas de organização dos sistemas nacionais distintos. O uso de serviços e gerenciamento dos casos pode aumentar a taxa de cura da malária comparada ao atendimento isolado.²⁸ Pesquisa com indivíduos sem-teto em Chicago mostrou redução da internação quando recebidos após alta hospitalar em casa de repouso.²⁹ Pacientes com insuficiência renal que usaram o sistema de cuidado compartilhado diminuíram o risco de morte e reduziram a terapia renal substitutiva quando comparados aos que só trataram em unidade renal.³⁰ Na Jamaica, pré-natal realizado em clínicas de AP reduziu a incidência de eclampsia.³¹

Em Londres um estudo evidenciou problemas na continuidade e efetividade do cuidado a pacientes com Acidente Vascular Cerebral.⁷ Estudo entre idosos de San Diego, EUA, sugere duas áreas de intervenção para aumentar o acesso: melhorar a referência entre serviços de emergência psiquiátrica e serviços ambulatoriais; e manter os idosos em programas ambulatoriais.³² Na Austrália, a reforma psiquiátrica ampliou o acesso a pacientes com esquizofrenia na AP, reduzindo as internações.³³ No Reino Unido, há necessidade de diferentes abordagens para reduzir a iniquidade de acesso na atenção primária e secundária aos indivíduos com diabetes.³⁴

Na Dinamarca, uma pesquisa relata o uso inadequado de emergência, principalmente por barreiras de acesso na AP.³⁵ Isso também foi identificado em Cuba, como necessidade de melhorar o atendimento pelos médicos de família.³⁶ Somente um estudo, feito na Espanha, afirma que a utilização de serviços hospitalares não diminui em decorrência do aumento dos cuidados primários.³⁷

Também foram encontrados artigos que relatam reformas nos sistemas de saúde com o objetivo de melhorar o acesso aos diversos serviços da rede. Dentre os países que publicaram suas reformas, destacamos a Austrália³⁸⁻³⁹ e República de Cingapura.⁴⁰

Educação permanente

A educação permanente aparece como efetivação do acesso à RAS nas rotinas do sistema de saúde no Reino Unido.⁵ Um estudo concluiu que a demanda de atendimento às pessoas com sofrimento mental não integrava projeto de intervenção individual ou familiar e algumas ações eram realizadas em uma concepção leiga de "doença mental".²⁰ Outro revelou que a equipe da ESF desconhece as atividades desenvolvidas no Serviço de Atendimento Especializado de HIV/Aids, e em consequência não acompanha os problemas de adesão dos usuários ao tratamento.⁴¹

Um estudo relata que 69% dos casos atendidos no PS de Oftalmologia da Universidade de São Paulo poderiam ter sido diagnosticados e tratados em unidades

de cuidados primários ou secundários.⁴² Outra pesquisa revela que a falta de capacitação dos profissionais da AP atua como barreira de acesso à detecção e tratamento precoce de câncer de mama.⁴³

DISCUSSÃO

As pesquisas e as experiências demonstram o desafio de organizar os sistemas de saúde de modo a satisfazer as necessidades de saúde dos usuários, profissionais e, ao mesmo tempo, garantir o direito à saúde. Identifica-se que estes desafios passam pela gestão em saúde e pelo controle social, mas também pelas relações estabelecidas entre usuários e profissionais, estes entre si e entre os diversos serviços de saúde e, pela educação permanente na RAS.

Colocar na roda da responsabilização por este problema a formação, a gestão, a atenção e o controle social, como propõe a educação permanente, que prevê a inclusão do cotidiano no aperfeiçoamento que deve ser técnico, social, crítico, ativo e político⁴⁵, bem como superar a desarticulação entre a formação e a prática nos serviços de saúde⁴⁶, pode ser eficaz para qualificar e organizar as RAS.

Essa revisão integrativa revelou que as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários e entre os serviços são determinantes para a continuidade da atenção. A falta de confiança e a culpabilização de usuários são questões que precisam ser enfrentadas. Acredita-se que devido ao não reconhecimento do

usuário como cidadão e participe no processo e pela “incapacidade de conceber o outro a não ser como objeto”^{47:81} é que este padrão de relações ainda se mantém

No entanto, quando a equipe se corresponsabiliza pelas necessidades de saúde dos usuários, o acesso é facilitado e, pode-se dizer, efetiva-se um dos sentidos da integralidade. A condução e acompanhamento dos casos permite a construção de redes, pois “redes só ficam plenas de sentido se buscarem o objetivo do cuidado integral”^{48:73}

Tanto no aspecto positivo quanto no negativo da RAS, apontados nos estudos revisados, a organização é médico centrada. Acredita-se que mudanças nos currículos dos futuros profissionais da saúde e a educação permanente têm potência para romper com este modelo de organização e inserir uma lógica interdisciplinar na atenção à saúde. Na formação, aliar o técnico e o político, na educação permanente incidir nas relações entre profissionais e instituições e entre profissionais e usuários.⁴⁵

A Enfermagem, quando surge nos estudos selecionados, representa uma possibilidade de atendimento humanizado, embora seja uma profissão com pouco protagonismo na gestão e na clínica. Defende-se que a profissão se caracterize pelo resgate de cidadania e de autonomia dos usuários.¹²

Apesar de alguns estudos referirem a “inexistência” da rede de atenção, pode-se substituir o termo por “ineficiência” ou “ineficácia”.

Muito há ainda para ser construído no SUS, porém já há evidências de que a rede existe, mesmo que aponte lacunas e desafios. As iniquidades de acesso devem ser tratadas pela sociedade como um todo, considerando os determinantes sociais em saúde.⁴⁹

O uso inadequado dos serviços de urgência e emergência surgiu como um dos problemas na organização dos serviços de saúde. Estudo que aponta as dificuldades de utilização dos fluxos para o acesso indica que a porta de entrada por meio da rede básica de saúde é fictícia e, na verdade, representa a imposição de diversas barreiras ao acesso da população aos serviços.²³ Por outro lado, os usuários desejam que sua demanda se torne espontânea e que a porta de entrada do sistema esteja aberta em qualquer serviço da rede e não apenas na AB.⁴ Humanizar e estabelecer vínculos nas relações entre profissionais e usuários é condição para a efetivação da integralidade, tornando os usuários sujeitos singulares, respeitando suas subjetividades.⁴⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RAS permanece como um desafio que deve ser enfrentado pela gestão, profissionais de saúde e usuários no processo de organização, acesso e resolutividade do sistema de saúde. Permeando esta realidade, encontra-se ainda impregnada na sociedade a ideia do modelo biomédico e hospitalocêntrico, os quais são valorizados pelos próprios profissionais de saúde, o que reflete

na maneira com que os usuários irão percorrer seu itinerário, na busca por atendimento eficaz.

Visualiza-se que questões que atingem a organização das RAS são reflexos da formação dos profissionais de saúde. Tal formação muitas vezes está embasada em culpabilização dos usuários, não correspondendo à realidade encontrada e relatada por eles; estes revelam que a porta de entrada da RAS nem sempre é a AP, uma vez que esta não disponibiliza profissionais qualificados e agilidade na resolução dos problemas.

Além de permitir uma sistematização da produção do conhecimento com esta pesquisa, propõe-se uma reflexão em nível de formação profissional e de processo de trabalho para todos os profissionais da área da saúde, a fim de que se construa uma nova prática de cuidado, com participação dos usuários. O protagonismo interdisciplinar pode qualificar o planejamento das ações e serviços, em busca de acesso, resolutividade e integralidade do cuidado.

Salienta-se que, como a RAS não é um Descritor em Ciências da Saúde, este estudo foi realizado com os que se consideraram tradutores da temática da complementaridade dos serviços de saúde. No entanto, podem não revelar a produção na íntegra acerca de redes. Esta opção metodológica pode ser um limite deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o

- debate. *Cienc saude colet.* 2010; 15(5):2307-16.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279/2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2010.
 3. Tavares MFL, Mendonça MHM, Rocha RM. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cad saude publica* [Internet]. 2009 [acesso em 2013 mai 27];25(5):1054-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500012
 4. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Cienc saude colet.* 2009;14(5):1929-38.
 5. Mendes VE. As redes de atenção à saúde. *Cienc saude colet.* 2010; 15(5):2297-305.
 6. Telford R, Hutchinson A, Jones R, Rix S, Howe A. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. *Fam pract.* 2002;19(1):45-52.
 7. Redfern J, McKevitt C, Rudd AG, Wolfe CD. Health care follow-up after stroke: opportunities for secondary prevention. *Fam pract.* 2002;19(4):378-82.
 8. Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Cienc saude colet* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 out 15];16(3):1671-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000300002&lng=en&nrm=iso
 9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
 10. Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD, Weiller TH, Simon BS. "Eu fui ao posto mais próximo...": livre demanda do pronto socorro de um hospital universitário. *R pesq cuid fundam online* [Internet]. 2012 jul/set [acesso em 2013 out 15];4(3):2712-21. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1547/pdf_611
 11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein* [Internet]. 2010 [acesso em 2013 out 12];8(1Pt1):102-6. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1p102-106.pdf>
 12. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paul enferm.* 2009;22(4):434-8.
 13. Barriga C, Villegas MG, Camacho J, Escobar P, Tortorolo E. Derivación de la patología mamaria desde la atención primaria la terciaria. Experiencia con un consultorio. *Rev chil cir.* 2002;54(4):373-6.
 14. Whetten K, Leserman J, Whetten R, Ostermann J, Thielman N, Swartz M, et al. Exploring lack of trust in care

providers and the government as a barrier to health service use. *Am j public health.* 2006;96(4):716-21.

15. Presser AD, Meneghel SN, Hennington EA. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. *Saude soc.* 2008;17(3):126-37.

16. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à saúde sob a ótica das gestantes. *Rev gauch enferm.* 2008;29(2):238-45.

17. Souza KV, Cubas MR, Arruda DF, Carvalho PRQ, Carvalho CMG. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. *Rev gauch enferm.* 2008;29(2):175-81.

18. McDonald J, Jayasuriya R, Harris MF. The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC am j public health* [Internet]. 2012[acesso em 2013 maio 23];12(63). Disponível em:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/63>

19. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Cad saude publica.* 2009;25(1):7-28.

20. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad saude publica.* 2009;25(9):2033-42.

21. Berdud I, Arenas MD, Bernat A, Ramos R, Blanco A. Anexo a la Guía de Centros de Diálisis: Recomendaciones sobre la relación entre los centros de hemodiálisis extrahospitalarios y sus hospitales de referencia. Opinión del Grupo de Diálisis Extrahospitalaria. Grupo de Hemodiálisis Extrahospitalaria. *Nefrologia.* 2011;31(6):664-9.

22. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis.* 2012;22(1):119-40.

23. Roese A, Gerhardt TE. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. *Rev gauch enferm.* 2008;29(2):221-9.

24. Souza MLP, Garnelo L. "É muito difícil!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad saude publica.* 2008;24(1):91-9.

25. Bahiense-Oliveira M, Duarte D, Meira GGC, Codes JJ, Ribeiro MZ. Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. *J bras nefrol* [Internet]. 2010[acesso em 2013 mai 23];32(2):145-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002010000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

26. Campos ACV, Borges CM, Lucas SD, Vargas AM, Ferreira EF. Ações odontológicas do serviço público em um município de pequeno porte. *RGO*

- Rev gaucha odontol. 2012 jan/mar;60(1):27-32.
27. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev saude publica.* 2012 abr;46(2):250-8.
28. Unger JP, D'Alessandro U, De Paepe P, Green A. Can malaria be controlled where basic health services are not used? *Trop med int health.* 2006;11(3):314-22.
29. Buchanan D, Doblin B, Sai T, Garcia P. The effects of respite care for homeless patients: a cohort study. *Am j public health.* 2006;96(7):1278-81.
30. Jones C, Roderick P, Harris S, Rogerson M. An evaluation of a shared primary and secondary care nephrology service for managing patients with moderate to advanced CKD. *Am j kidney dis.* 2006;47(1):103-14.
31. McCaw-Binns AM, Ashley DE, Knight LP, MacGillivray I, Golding J. Strategies to prevent eclampsia in a developing country: I. Reorganization of maternity services. *Int j gynaecol obstet.* 2004;87(3):286-94.
32. Todd PG, Ojeda VD, Fuentes D, Criado V, Garcia P. Access to public mental health services among older adults with severe mental illness. *Int j geriatr psychiatry.* 2009;24(3):313-8.
33. Harvey CA, Fielding JM. The configuration of mental health services to facilitate care for people with schizophrenia. *Med j aust.* 2003;5(178):49-52.
34. Goyder E, Botha J, McNally P. Inequalities in access to diabetes care: evidence from a historical cohort study. *Qual health care.* 2000;9(2):85-9.
35. Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *Eur j public health.* 2007;17(5):497-502.
36. De Vos P, Vanlerberghe V, Rodríguez A, García R, Bonet M, Van der Stuyft P. Uses of first line emergency services in Cuba. *Health policy.* 2008;85(1):94-104.
37. Oterino DF, Baños PJF, Blanco VF, Avarez AR. Does better access to primary care reduce departments? *Eur j public health.* 2007;17(2):186-92.
38. O'Connell TJ, Ben-Tovim DI, McCaughan BC, Szwarcbord MG, McGrath KM. Health services under siege: the case for clinical process redesign. *Med j aust.* 2008;188(6):9-13.
39. Ben-Tovim DI, Dougherty ML, O'Connell TJ, McGrath KM. Patient journeys: the process of clinical redesign. *Med j aust.* 2008;188(6):14-7.
40. Wee SL, Kwok BW, Tan CB, Chua TS. Improving access to outpatient cardiac care at the national heart centre--a partnership between specialists and primary care. *Ann acad med singapore.* 2008;37(2):151-7.
41. Silva LMS, Guimarães TA, Pereira MLD, Miranda KCL, Oliveira EN. Integralidade e saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e

um serviço de referência em HIV/aids. *Epidemiol serv saude*. 2005;14(2):97-104.

42. Carvalho RS, Jose NK. Ophthalmology emergency room at the University of São Paulo General Hospital: a tertiary hospital providing primary and secondary level care. *Clinics*. 2007;62(3):301-8.

43. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Access barriers in early diagnosis of breast cancer in the Federal District and Oaxaca. *Salud publica mex*. 2009;51(2):254-62.

44. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

45. Franco TB, Chagas RC, Franco CM. Educação Permanente como prática. In: Pinto S, Franco TB, Magalhães MG, Mendonça PEX, Guidoreni AS, Cruz KT et al, editores. *Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 45-62.

46. Oliveira GP, Peres AM, Chaves MMN, Eduardo EA. Os desafios para a intervenção em saúde na estratégia de saúde da família segundo os profissionais. *Cogitare enferm*. 2011;16(3):448-54.

47. Santos BS. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 2009.

48. Silva SF, Magalhães Junior HM. Redes de atenção à saúde: importâncias e conceitos. In: Silva, Sf, organizadores. *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: IDISA: CONASEMS; 2008. p. 69-85.

49. Ministério da Saúde (BR). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Brasília; 2008.

Publicação: 2015-02-27

Data da submissão: 2014-08-01

Aceito: 2014-10-22.