



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
PROEAD – PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E A DISTÂNCIA.
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU GESTÃO EM SAÚDE**

EVÓDIA ALVES DA SILVA

**A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O DESAFIO DA REFERÊNCIA E CONTRA
REFERÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**CAMPINA GRANDE - PB
2015**

EVÓDIA ALVES DA SILVA

**A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O DESAFIO DA REFERÊNCIA E CONTRA
REFERÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em
Saúde da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Gestão em Saúde.
Área de concentração: Gestão em Saúde

Orientador: Prof.Ms. Thyago da Costa
Wanderley.

**CAMPINA GRANDE – PB
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586e Silva, Evódia Alves da
A equipe de saúde da família e o desafio da referência e contra referência [manuscrito] : uma revisão integrativa da Literatura / Evódia Alves Da Silva. - 2015.
28 p.

Digitado.

Monografia (Gestão em Saúde EAD) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2015.

"Orientação: Prof. Me. Thyago da Costa Wanderley, Especialização em Gestão em Saúde".

1.Referência. 2.Contra referência. 3.Integralidade. I. Título.
21. ed. CDD 362.10981

EVÓDIA ALVES DA SILVA

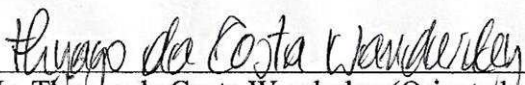
A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O DESAFIO DA REFERÊNCIA E
CONTRA REFERÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Gestão em Saúde da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Gestão em Saúde.

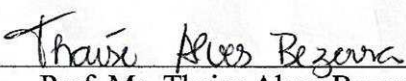
Área de concentração: Gestão em Saúde.

Aprovada em: 28/03/2015.

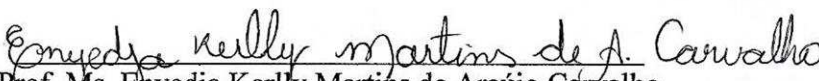
BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Thyago da Costa Wanderley (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Thaise Alves Bezerra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Enyedja Kerlly Martins de Araújo Carvalho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ao meu Deus, pela sua misericórdia com que tanto
nos amou, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Thyago da Costa Wanderleyque acreditou em mim e aceitou a orientação deste trabalho.

Ao meu pai Edinaldo Alves da Silva, minha mãe Maria Leontina da Silva Alves e minha irmã Magdala Alves da Silva, pelo apoio incondicional a mim dedicado.

Aos tutores e professores do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da UEPB, que contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos construídos ao longo desse curso.

Aos funcionários da UEPB, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe, em especial a amiga Thainar Machado de Araújo Nobrega pelo apoio sempre que precisei.

“O vínculo é um dos aspectos fundamentais da atenção integral e para criá-lo é necessário ter relações próximas e claras com o indivíduo e/ou coletivo, a ponto de se sensibilizar com o seu sofrimento e se tornar a referência para ele.” Emerson Elias Merhy

RESUMO

O Sistema de Referência e contra referência é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, de modo a assegurar a atenção integral aos usuários. Esse sistema permite que o usuário, após ser atendido na unidade básica, quando necessário seja encaminhado para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento e, finalizado o atendimento, o profissional deverá encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita, o que chamamos de “contra referência”. Sabe-se que é a integração das equipes na rede de atenção à saúde que garante a responsabilização sanitária e a continuidade do cuidado da população e, portanto, um atendimento integral ao usuário. Dessa forma, buscamos nesta pesquisa identificar como está se dando a referência e contra referência entre os níveis de atenção do sistema de saúde no Brasil; qual é o real estado de funcionamento das redes de atenção à saúde, bem como se há uma continuidade dessa assistência; e elencar os principais entraves em relação ao atendimento integral à saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados LILACS e SCIELO, utilizando-se os descritores: referência e contra referência, integralidade em saúde e níveis de atenção a saúde. Foram elencados artigos completos publicados em língua portuguesa no período de 2010 a 2014. Nove artigos atenderam os critérios de inclusão. Os achados da pesquisa nos permitem concluir que a realidade em nosso país ainda está muito aquém do que tem sido preconizado e que a busca pelo acesso integral ao atendimento de saúde tem muitas vezes sido comprometida por diversos fatores relatados em vários municípios brasileiros, sejam elas metrópoles ou pequenas comunidades rurais. Concluiu-se que a integralidade é comprometida não só quando faltam recursos necessários a sua aplicação, como condições físicas, barreiras territoriais, dificuldade no acesso aos serviços de média complexidade, mas quando se tem todo o aparato necessário e não existe comprometimento dos profissionais.

Palavras-Chave: Referência; Contra referência; Integralidade.

ABSTRACT

The Reference System and against reference is the mode of organization of the services configured in networks sustained by criteria, flows and mechanisms of factions of operation, in order to ensure the full attention to users. This system allows the user, after being treated in basic unit, when necessary is forwarded to a unit of greater complexity in order to receive the service, and finalized the care, the professional must forward the user to the source drive to the continuity of care is made, what we call "against reference". It is known that it is the integration of the teams in the network of health care that ensures accountability health and continuity of care for the population and, therefore, an integral service to the user. In this way, we seek in this study identify how is giving the reference and against reference between the level of attention of the health care system in Brazil; what is the real state of operation of networks of health care, as well as if there is a continuity of such assistance; and identify the main obstacles in relation to comprehensive care to health. It is an integrative review of the literature on LILACS and SCIELO databases, using the following descriptors: reference and against reference, completeness in health and level of health care. We cataloged complete articles published in Portuguese in the period from 2010 to 2014. Nine articles met the inclusion criteria. The research findings allow us to conclude that the reality in our country is still far short of what has been recommended and that the quest for full access to health care has often been compromised by several factors reported in several Brazilian cities, be they cities or small rural communities. It was concluded that the integrality is committed not only when there is no lack of resources necessary for its implementation, such as physical conditions, territorial barriers, difficulties in access to services of medium complexity, but when you have all the necessary apparatus and there is no professional commitment.

Keywords: Reference; Against reference; Integrality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
ABS	Atenção Básica em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
UBS	Unidade Básica de Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SES-SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	Objetivo Geral.....	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1	O papel da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica (AB)	12
3.2	Integralidade da Assistência de Saúde.....	13
3.3	Referência e contra referência.....	15
4	METODOLOGIA.....	17
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
6	CONCLUSÃO.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, no seu artigo 196 estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 2012, p.54). É nesse contexto que em 1990 surge o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Lei Federal nº. 8.080 de 1990, o qual em seu Artigo 7º estabeleceu os princípios desse sistema, ou quais são: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência; equidade; descentralização e participação social (BRASIL, 1990).

Dentre estes destacaremos a integralidade, a qual é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso. Percebeu-se que para haver um atendimento completo as necessidades de saúde de uma população o seu sistema de saúde não poderia ser fragmentado, organizado em pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis uns com os outros e que dessa forma são incapazes de prestar contínua assistência à população (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica em Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS ou contato preferencial dos usuários, surge em 1994. A ABS emprega tecnologia de baixa densidade, utilizando insumos e equipamentos necessários para o atendimento das prioridades da saúde local (BRASIL, 2012). Além de todas estas características, a ABS deve proporcionar a população "garantia dos fluxos de referência e contra referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar" (BRASIL, 2011, p 11 e 12).

O Sistema de referência e contrarreferência é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, de modo a assegurar a atenção integral aos usuários. Quanto à rede, deve-se reafirmar o seu formato lógico, onde há uma hierarquização dos níveis de complexidade, objetivando encaminhamentos resolutivos, porém reforçando a sua concepção central de assegurar vínculos em diferentes dimensões: entre equipes de saúde, entre equipes e serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços e equipes (BRASIL, 2011).

Esse sistema permite que o usuário, após ser atendido na unidade básica, quando necessário seja referenciado (ou encaminhado) para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento este deve ser

“contra referenciado”, ou seja, o profissional deverá encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (DIAS, 2012).

É a integração entre equipes na rede de atenção à saúde que garante a responsabilização sanitária e a continuidade do cuidado da população. Logo, a ABS, enquanto primeiro contato do paciente, deve ter em si uma visão integral da assistência à saúde, reconhecendo a importância dos demais níveis de atenção (média e alta complexidade) para a qualidade do atendimento à sua população adscrita. O papel da equipe de saúde da família neste contexto é decisivo, já que é deste que parte a dinâmica de atendimento nos vários níveis de saúde (BRASIL, 2011).

Diante do exposto o presente trabalho teve como objetivos identificar, na literatura, como se está ocorrendo a referência e contra referência da atenção básica para os demais níveis de atenção do sistema de saúde no Brasil, e como é o real estado de funcionamento das redes de atenção à saúde, bem como se há uma continuidade dessa assistência, além de elencar os principais entraves em relação ao atendimento integral à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar, na literatura, como está ocorrendo a referência e contra referência da atenção básica para os demais níveis de atenção do sistema de saúde no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar, na literatura, o real estado de funcionamento das redes de atenção à saúde e se há uma continuidade dessa assistência;
- Elencar os principais entraves em relação ao atendimento integral à saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Com o passar dos anos de sua criação, viu-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde público brasileiro, deveria funcionar em forma de rede de atenção integrada onde cada indivíduo deve ser acompanhado de forma a não sofrer interrupções no atendimento a suas necessidades de saúde. Constatou-se também que tais necessidades podem passar por diversos níveis de atenção desde o mais básico, passando pela média complexidade e atingindo até o nível de alta complexidade. Fruto desta necessidade surge a Atenção Básica.

3.1 O papel da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica (AB)

A Atenção Básica, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, o qual abrange tanto a promoção quanto a proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tudo isso com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que produza diferenças positivas na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, esta atenção deverá ser produzida em meio ao exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a um território específico, sob o qual assume a responsabilidade sanitária, considerando as peculiaridades de cada território no qual vivem essas coletividades (BRASIL, 2012).

A portaria define ainda que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos por meio do uso de tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorientar o modelo de assistência a partir da AB, em conformidade com os princípios do SUS. 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 (GIOVANELA, et al. 2010).

Conforme Fratini (2007) a ESF é centrada na Família e direcionada a comunidade. Consiste na porta de entrada preferencial ao Sistema de Saúde. É o primeiro nível de atenção, com integração aos serviços de saúde de maior complexidade, assegurando a referência e contra referência para os diversos níveis do sistema, com uma assistência de forma integral aos indivíduos e famílias, com acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, com qualidade e resolutividade, contribuindo para a efetivação da integralidade e o desenvolvimento de ações e vínculos entre a equipe de saúde e a população.

Porém a prática integrada proposta pelo SUS só é possível mediante a presença das características únicas da APS, que são: acesso ou primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural. Portanto é a presença desses atributos que proporciona o fato de que a APS tenha capacidade de atender as necessidades em saúde da população adscrita, contando com o apoio coordenado dos demais pontos e níveis de atenção da rede e com segmento de outros setores. Portanto podemos dizer que a AB não se restringe a atendimento dentro dos seus muros, e sim vai além das quatro paredes da Unidade Básica de Saúde (UBS)(BRASIL, 2011).

As UBSdesempenham um papel central na garantia a população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade e devem ser dotadas da infraestrutura necessária a este atendimento, como melhores salários, qualificação da equipe, e equipamentos e materiais de eficazes e em quantidade suficiente para o atendimento a demanda da população a qual o atendimento é destinado (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cita como Princípios da Atenção Básica: Universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social(BRASIL, 2012). Dentre eles, damos destaque à Integralidade.

3.2 Integralidade da Assistência de Saúde

Quando falamos que a ESF é a principal estratégia e a porta de entrada do SUS, reafirmamos a necessidade de tornar a prática da atenção na Saúde da Família (SF) integral, por meio da responsabilização clínica e territorial, ou seja, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na corresponsabilidade pela saúde da população no seu território (BRASIL, 2011).

A integralidade da Assistência de Saúde nada mais é do que a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, de forma a

assegurar a continuidade dos cuidados de sua saúde. Podemos destacar a sua importância no sentido de que somente através de um serviço de saúde integral o indivíduo terá garantido o seu direito constitucional à saúde, já que a dinâmica entre o usuário e o serviço de saúde deve atendê-lo em seus aspectos não só físicos, como psíquicos e sociais (SERRA; RODRIGUES, 2010).

A integralidade na prática da APS pressupõe um mergulho na complexidade do sujeito, partindo do sofrimento do indivíduo e indo ao encontro da teia de relações causais e do contexto de vida das pessoas, proporcionando uma aproximação aos determinantes sociais do processo saúde-doença (BRASIL, 2011, p. 55).

Para a efetividade no cuidado, a prática assistencial tanto individual como coletiva na ESF deve buscar uma abordagem holística do processo saúde-doença; a integração interdisciplinar e intersetorial; um método clínico centrado no paciente, produzindo autonomia do mesmo; o uso de conhecimentos e ferramentas cientificamente embasadas; ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças; diagnóstico precoce de agravos e doenças; atenção aos novos problemas de saúde; cuidado continuado dos problemas crônicos; e a prevenção oportuna (BRASIL, 2011).

Na concepção de Serra e Rodrigues (2010) é imprescindível em uma rede de atenção à saúde integrada, que as unidades de cada nível se comuniquem entre si e com a população que as utilizam. Portanto, a equipe deverá estar integrada, e para isso deverá dispor de alguns instrumentos de auxílio em sua prática tais como: uma boa regulação de seus serviços; processos de gestão clínica eficientes; boas condições de acesso aos serviços; recursos humanos capacitados e bem remunerados; sistema de informação disponível; e apoio logístico eficaz.

Ainda segundo os autores, a integralidade da atenção numa rede de ações e serviços de saúde pressupõe a correspondência entre a escala das unidades de atenção, o território e sua população. As unidades de cada nível de atenção são capazes de solucionar problemas de saúde de um determinado número de pessoas e devem ser dimensionadas de forma a garantirem essa oferta de serviços com qualidade. Ao atenderem as necessidades de cada indivíduo no nível em que elas necessitam, os demais níveis são poupados e integralidade passa a ser uma realidade no atendimento da população (SERRA; RODRIGUES, 2010).

A realidade com que nos deparamos está bastante aquém do que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pois a cada um desses aspectos deficientes, a prática da integralidade é comprometida.

3.3 Referência e contra referência

O principal elemento para a efetiva integralidade das redes de saúde é o Sistema de referência e contra-referência. Esse sistema consiste no mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidades dos serviços. A Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos elementos fundamentais para a prática da referência e contrareferência, já que a APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (SERRA; RODRIGUES, 2010).

O Sistema de referência e contra referência constitui-se na articulação entre as unidades dos níveis acima referidos. Para as autoras, referência compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade, e a contra referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade. Além disso, estes níveis são alvo da atuação de diferentes formações profissionais, os quais articulados enriquecem o campo de competências, ampliando a capacidade do cuidado de toda equipe, para um processo centrado no usuário (BRASIL, 2012).

Porém nem sempre esse acesso é garantido pela gestão de saúde local. E essa dificuldade de acesso, é encontrada pela população quando busca suprir suas necessidades de saúde, para obter o tratamento desejado. Numa sociedade onde a tecnologia promete diversas facilidades, o “modelo de fichas” distribuídas aos usuários por ordem de chegada compromete a garantia ao atendimento integral. Logo Beheregaray e Gerhardt quando desafiados a falarem do atendimento de gestantes na zona rural, questionam o seguinte:

Será que se houvesse um atendimento usuário-centrado pautado em uma ação planejada e trabalho em equipe não poderiam ser criadas estratégias capazes de ouvir, estabelecer vínculo e atender as necessidades das mulheres que certamente vão além de uma demanda programática o pré-natal? (Beheregaray; Gerhardt, 2010, p. 207).

Portanto constata-se que para um sistema de referência e contra referência resolutivo e eficiente, faz-se necessário a soma de diversos fatores dos quais podemos elencar: estrutura física adequada dos serviços, processo de gestão do trabalho com vistas as necessidades do usuário e a capacitação de profissionais que, por sua vez, repercutem na demanda por serviços especializados.

4 METODOLOGIA

O método adotado para a realização deste estudo está fundamentada na Prática Baseada em Evidências (PBE), que se dá por meio da definição de um problema, seguido pela busca e avaliação dos resultados obtidos. A designação “baseado em evidência” remete ao uso e aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões. Por isso a qualidade da evidência obtida é vital na PBE (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração da presente revisão integrativa, foram observadas as seguintes etapas: a) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; b) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa (seleção da amostra); c) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; d) análise e discussão dos resultados.

O tema que delimitou este estudo foi a importância de conhecer e pôr em prática a referência e contra referência para um cuidado integral à saúde do sujeito. A questão norteadora escolhida foi: Como tem sido realizada a referência e contra referência na Atenção básica para os demais níveis de atenção do sistema de saúde no Brasil?

A busca pelos artigos foi feita no período que compreendeu entre os meses de dezembro de 2014 a março de 2015, e para a seleção de artigos foram utilizadas as bases de dados: Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SciElo (Scientific Electronic Library Online). De forma que procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração do artigo.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: utilizaram-se apenas artigos publicados em português, que continham o texto na íntegra e que retratassem a temática referente à revisão integrativa, bem como artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados dos anos de 2010 a 2014.

Devido as características distintas para o acesso às duas bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma, sempre baseando-se na questão norteadora e nos critérios de inclusão e exclusão desta revisão integrativa. As palavras-chave utilizadas foram: referência e contra referência, integralidade em saúde e níveis de atenção à saúde. A busca foi realizada com cada uma das palavras-chave pelo acesso on-line sendo encontrados 990 artigos (sendo 599 na base de dados LILACS e 391 na SciElo). Destes 990 foram excluídos 953 por não se enquadrarem nos objetivos da pesquisa. Após a leitura completa dos 37 artigos, chegou-se a amostra final desta revisão integrativa, constituída de 09 artigos.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico (Quadro 1) especialmente construído para este fim, que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: nome do artigo; objetivos; resultados; recomendações/conclusão.

A apresentação dos resultados foi feita de forma descritiva, o que possibilita ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de modo a fortalecer e ampliar a prática não só de um leitor, mas de toda uma equipe de saúde da família, fornecendo subsídios para as ações de saúde na atenção básica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa, analisou-se nove artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Dentre os artigos incluídos nesta revisão integrativa, todos eram artigos originais e publicados em revistas de saúde sendo que um deles foi publicado em revista de enfermagem, sete foram publicados em uma revista de saúde coletiva e uma foi publicada em revista com conteúdo interdisciplinar, mostrando assim a diversidade e a abrangência do tema em questão.

Quanto aos autores das publicações, dos 25 autores, 9 eram enfermeiras, 2 eram médicos, 1 era psicóloga, 2 tinham outras formações e 11 não apresentaram profissão descrita no próprio texto. No que se refere ao ano de publicação a maior parte dos artigos foram publicados entre os anos 2010 (3 artigos) e 2011 (3 artigos), seguido de 2012, 2013 e 2014 com um artigo cada, o que revela a atualidade do tema mesmo com o passar dos anos.

Quadro 1- Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa sobre pesquisas brasileiras relacionadas à Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família, entre 2010 e 2014.

Nome do artigo	Objetivos	Resultados	Recomendações/Conclusão
Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009.	Descrever estratégias e resultados da campanha de diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal para a população com 60 anos ou mais desenvolvida desde 2001 no Estado de São Paulo.	Foram identificadas as seguintes estratégias: capacitação dos profissionais, desenvolvimento de material impresso para orientar os municípios sobre como conduzir a campanha, códigos e critérios a serem utilizados, orientações para a consolidação dos dados, estabelecimento de fluxos de referência, capacitação prática junto com o especialista na própria unidade de saúde a partir do reexame dos indivíduos que apresentavam alteração em tecidos moles e ampliação do número de serviços dirigidos ao diagnóstico bucal.	A campanha trouxe benefícios à saúde bucal da população idosa. Pode ser ampliada para outros grupos etários e outras regiões do país e servir de subsídio para o desenvolvimento de ações de prevenção de câncer bucal em outros países, desde que respeitadas as características locais.
O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte.	Compreender integralidade, equidade e resolutividade nas ações cotidianas de gestores e profissionais de saúde em Belo Horizonte - MG.	Constatou-se que o “cuidado como fazer cotidiano” e “acolhimento, vínculo e acesso” foram temas incorporados pelos profissionais no desenvolvimento do seu trabalho. Percebeu-se uma interposição das situações de urgência e emergência em detrimento das atividades programadas. A administração desse processo de trabalho é direcionada pelo conhecimento técnico-estruturado interferindo na qualidade da assistência à saúde.	É preciso que se eliminem as fragmentações presentes tanto na forma de organização dos serviços de saúde quanto nas práticas cotidianas dos profissionais, para se oferecer uma assistência integral, resolutiva e para se humanizarem essas práticas, visando sempre à qualidade de vida da população e à saúde enquanto direito de cidadania.
A Integralidade no Cuidado à Saúde Materno-infantil em um Contexto Rural: um relato de experiência ¹ .	Relatar a prática da integralidade em saúde na assistência à população materno-infantil do meio rural em um município do sul do Brasil.	Constatou-se que a população rural vive em condição de desvantagem, uma vez que os serviços e a atenção à saúde são quase exclusivamente projetados para a população urbana. Ainda, o modelo assistencial e o processo de trabalho desenvolvido dificultam a prática da integralidade. Essa situação é traduzida	Dessa forma, parece necessário repensar a saúde da população rural desenvolvendo políticas específicas às peculiaridades epidemiológicas e culturais, serviços acessíveis geograficamente e atendidos por equipes que desempenham

		por questões que envolvem o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização por parte dos profissionais.	cuidado acolhedor e resolutivo.
Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte	Analisar as práticas e organização do Programa Saúde da Família, no município de Juazeiro do Norte a partir da discussão dos elementos que caracterizam a atenção primária, segundo proposto por Starfield.	Há dificuldades de acesso ao atendimento nas unidades primárias, provocadas por barreiras estruturais impostas para a organização da atenção, representadas por excesso de clientela para cada equipe e disponibilidade reduzida do profissional médico. A pouca capacidade resolutiva das unidades de saúde, associada à ausência de mecanismos de coordenação, ou de continuidade da assistência, prejudicam a integralidade da atenção, pela carência de um sistema de referência e contra referência efetivo.	Considerando-se que exista adscrição compulsória da população às unidades de saúde do PSF, este nível de atenção, no município estudado, se apresenta como um modelo tradicional médico-hegemônico, de práticas curativas, associadas à priorização dos programas verticais do Ministério da Saúde
Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.	Analisar o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) integralidade da assistência na perspectiva dos integrantes da equipe de Saúde da Família.	Os profissionais compreenderam a integralidade associada aos termos: holismo, atendimento nos três níveis de atenção, interdisciplinaridade e conceito ampliado de saúde.	A característica polissêmica da integralidade e sua transversalidade enquanto princípio do SUS sinaliza a necessidade de repensar os diversos sentidos atribuídos a integralidade ampliando as possibilidades de discussão do tema nos cenários de prática de saúde.
Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).	Analisar os desafios presentes no Sistema Único de Saúde para promover uma melhor integração entre os serviços e organizar redes.	Entre os desafios abordados, destacam-se os relacionados à insuficiência de recursos decorrentes do baixo financiamento público, aos processos de formação e educação e seus reflexos na disponibilização dos profissionais para o sistema público e às dificuldades inerentes à descentralização de ações e serviços de saúde no contexto do pacto federativo brasileiro.	O artigo conclui que, além de esforços para enfrentar esses desafios, a organização de redes regionalizadas e integradas no SUS depende de aperfeiçoamento na gestão intergovernamental nas regiões de saúde para qualificar a pactuação de responsabilidades entre as esferas de governo e de qualificação da atenção primária à saúde para coordenar o cuidado e ordenar sua continuidade nos outros níveis do sistema.
O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil.	Avaliar mecanismos utilizados pela gestão do SUS, no município de São Paulo, para garantir acesso à assistência de média complexidade, durante o período de 2005 a 2008.	A média complexidade foi identificada, pelos gestores, como o “gargalo” do SUS e um dos principais obstáculos para a construção da integralidade. Para enfrentar essa situação, o gestor municipal investiu na informatização dos serviços, como medida isolada e, ainda, sem considerar a necessidade dos usuários. Sendo assim, essa incorporação tecnológica teve pouco impacto na melhoria do acesso, o que se confirmou no relato dos usuários.	Discute-se que para o enfrentamento de um problema tão complexo são necessárias ações articuladas, tanto no âmbito da política de saúde, quanto da organização dos serviços, bem como a (re)organização do processo de trabalho em todos os níveis do sistema de saúde.
Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal.	Apresentar e discutir as representações de integralidade do cuidado expressas por profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família do Distrito Federal	O estudo demonstrou que o cuidado relaciona-se com diferentes dimensões da integralidade, refletindo potencialidades e desafios do modelo da ESF para o desenvolvimento de práticas ampliadas de saúde.	Faz-se necessário que a potencialidade das relações estabelecidas entre diferentes sujeitos no território permita a qualificação das ações de saúde, sobretudo aquelas voltadas para a promoção.
Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde	Investigar os significados de Integralidade apresentados por	Dentre os resultados, a dimensão de Integralidade do Sistema apresentou-se com maior frequência, conforme análise a partir de grupos focais. Os	Os aportes teórico-filosóficos do estudo pautaram-se na Psicologia Histórico-Cultural, a partir das categorias:

(SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária.	trabalhadores da Atenção Primária.	trabalhadores apontaram dificuldades de integração e comunicação entre os níveis de atenção à saúde, determinadas por políticas sociais seletivas e serviços de média/alta tecnologia delegados ao mercado privado.	trabalho/atividade; consciência; mediação e totalidade.
--	------------------------------------	---	---

Sabe-se que a atenção primária é orientada para o atendimento das necessidades das pessoas, e que estas necessidades não atendem apenas pelo caráter físico, mas elas vão desde sintomas, disfunções, desconfortos, enfermidades, intervenções preventivas indicadas, ou ainda intervenções para promoção de saúde. Portanto, podemos compreender o desafio proposto pela atenção integral como sendo árduo, porém vital (GOMES; SILVA, 2011).

Segundo Linard, et al (2011) “Todo cidadão tem direito a uma assistência global, onde o profissional de saúde possuidor de uma visão holística levará em consideração aspectos emocionais econômicos e culturais”. A visão holística do cuidado em saúde veio para anular a prática de um cuidado fragmentado desenvolvida por alguns profissionais. Esta visão proporciona um cuidado específico e individualizado, já que o ser humano não pode ser visto como partes distintas, e sim em todas as suas dimensões.

A integralidade da assistência poderá ser comprometida até mesmo pela dificuldade de um idoso em se deslocar para o atendimento especializado. Realidade observada por Martins et al (2012), em estudo de caso que observou as estratégias utilizadas por uma campanha de prevenção contra o câncer bucal realizado durante 9 anos no Estado de São Paulo. Estudo esse que comprovou a dificuldade de acesso dos idosos a consultas odontológicas especializadas para detecção do câncer bucal.

Para solucionar tal entrave a Secretaria Estadual resolve agendar os usuários que apresentassem alguma alteração em tecidos moles em um dia específico, em que o especialista em diagnóstico bucal ia até a Unidade Básica de Saúde (UBS) e, juntamente com o cirurgião-dentista da atenção básica, reexaminava e discutia os casos, realizando os procedimentos. O resultado foi animador, pois os casos confirmados de câncer bucal diminuiram nesse período. Além disso, a estratégia favoreceu a capacitação dos profissionais no próprio serviço, diminuindo o número de exames falso-positivos, evitando que casos desnecessários fossem encaminhados ao especialista (MARTINS et al, 2012).

Além dos fatores territoriais como barreiras para a prática da integralidade, tem-se na Atenção Básica várias deficiências quanto ao atendimento e a demanda do serviço. Na maioria dos casos, a ESF preocupa-se em acolher bem o usuário, estabelecer um vínculo com ele e se responsabilizar em garantir a continuidade do cuidado em uma rede acessível a todos. Porém é preciso que se eliminem mazelas e fragmentações presentes na forma de organização

dos serviços de saúde quanto na sua prática cotidiana. Dentre os entraves são relatados: a alta demanda espontânea, a escassez de recursos necessários ao cuidado, os ruídos na comunicação da equipe de saúde, a qual deveria estar afinada para o bom andamento da saúde da população adscrita, o absenteísmo, a exposição à riscos no ambiente de trabalho – como a violência – e o isolamento do setor, sem que possa atender a todas as necessidades do indivíduo conforme for necessitando (VIEGAS et al, 2010).

Beheregaray e Gerhardt (2010) cita a grande necessidade de atenção que tem a população rural, a qual vive a margem dos centros urbanos, e conseqüentemente dos serviços públicos de saúde, restando a elas a construção de estratégias para chegar aos serviços de saúde para receberem um atendimento de qualidade que respeite a sua cultura e atenda as suas necessidades. Uma das soluções referidas pelos autores é criar os caminhos para a população rural vá a municípios vizinhos para então suprir as demandas dos moradores da região. Então pequenos municípios se direcionam aos maiores e mais equipados municípios para então buscar o seu atendimento integral à saúde.

A população é prejudicada, pois além de terem que se deslocar para outra cidade e assim serem atendidos nos polos de referência, deles é retirado o direito a atividades programáticas vinculadas a educação em saúde e à prevenção de doenças, e os atendimentos que por ventura existam restringem-se a demanda espontânea que busca consulta médica e procedimentos (BEHEREGARAY; GERHARDT, 2010).

Nesse mesmo trabalho os autores destacam a importância da comunicação entre os profissionais, citando o exemplo do processo de pré-natal, parto e puerpério. As parturientes moradoras de zonas rurais mal são acompanhadas durante o pré-natal, uma vez que no município não existe infraestrutura para a realização de partos, os mesmos são realizados na cidade vizinha. Já durante o trabalho de parto, ao chegar à emergência do serviço de saúde sem qualquer informação adicional que subsidie o obstetra, apenas a carteira de gestante é apresentada. Embora seja um instrumento muito importante, a carteira da gestante, na maioria dos casos, não contém informações suficientes para promover um cuidado dentro das perspectivas do acolhimento. Isso demonstra a pouca ou nenhuma conversação entre os setores e níveis de atenção aos quais os pacientes percorrem.

Portanto:

Promover um cuidado integral requer dos profissionais de referência e contrareferência das usuárias sob sua responsabilidade, para os diferentes níveis do sistema, também a referência e contra referência de informações sobre eles para subsidiar um trabalho interdisciplinar, que respeite a singularidade de cada caso e avance na ruptura da fragmentação da assistência em direção a uma atenção mais integral (BEHEREGARAY; GERHARDT, 2010, p. 208).

Quanto a fragmentação na atenção a saúde, Silva (2011) destaca que esta preocupação não é recente e nos remete ao relatório Dawson, publicado na Inglaterra em 1920. Tem, dentre outros objetivos, o de propor disponibilizar os serviços de saúde segundo as necessidades da população e integrar suas ações curativas com as preventivas. Tais objetivos demonstram a necessidade ainda nos nossos dias, já que a fragmentação na atenção em saúde é observada não só no Brasil, como também em diversos países como Estados Unidos e Canadá.

No Brasil, com a consolidação do SUS, a segmentação na saúde foi diminuída, dando lugar a universalização do acesso, com a união de serviços das esferas federal, estadual e municipal com os da assistência médica previdenciária advinda do antigo Inamps. Porém a implementação do SUS contribuiu pouco para a integração da saúde nas regiões que agregam diversos municípios. Surge então uma ênfase na regionalização, com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006. Ressalta-se aqui a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, as quais o próprio Ministério da Saúde define como sendo “estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos” (BRASIL, 2008, p.22).

Dentre os muitos desafios da integralidade tem-se o “gargalo” do SUS: a garantia ao acesso aos serviços de média complexidade. Em estudo de caso na cidade de São Paulo-SP, Spedo, Pinto e Tanaka (2010) mostram a dificuldade de acesso aos serviços especializados, também chamados de média complexidade. O trabalho abrangeu a gestão municipal da cidade de São Paulo, do período de 2005 a 2008. Em grupos focais os autores verificaram por meio de entrevistas, observação e conversas com gestores e trabalhadores, que apesar da cidade de São Paulo se constituir na maior metrópole brasileira e de concentrar importantes serviços de assistência médico-hospitalar do país, a média complexidade foi chamada pelos entrevistados como “gargalo”, “buraco” ou ainda o “grande obstáculo” do SUS.

Segundo os autores acima referidos, foram apontados como causas deste “estreitamento” a grande dificuldade de acesso aos procedimentos especializados como consultas com diversas especialidades e exames, a baixa resolutividade dos ambulatórios de especialidades, a má qualidade no atendimento, a dificuldade em realizar os exames necessários para o esclarecimento do diagnóstico ou definição da terapêutica. Além disso as

grandes filas de agendamento eram organizados por dois serviços de ¹*call center* diferentes, um sob a gestão Municipal (Secretaria Municipal de Saúde - SMS-SP) e outra sob a gestão Estadual isoladamente (Secretaria Estadual de Saúde - SES-SP). A organização do atendimento em entradas de atendimento foi a principal estratégia de assumida pela gestão municipal para organizar o fluxo do acesso a média complexidade. Porém a lógica de distribuição das vagas que anteriormente eram distribuídas nas UBSs, a partir de um “estoque” disponível para cada unidade e seguindo os critérios de regionalização, o que segundo a Secretaria Municipal de Saúde gerava um grande desperdício.

Logo as UBS passaram a ter acesso à agenda de todos os serviços vinculados ao SUS no município, independentemente de sua localização geográfica, conforme fala dos autores:

A lógica de funcionamento da regulação, vigente até então, desconsiderava completamente o usuário. O agendamento era realizado burocraticamente para dia, hora e local disponibilizados pelo sistema, sem qualquer diálogo com as necessidades e possibilidades dos principais interessados. Essa situação contribuía para aumentar ainda mais o número de usuários faltosos e, por consequência, a ociosidade relativa dos serviços especializados (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010, p. 963).

Tal realidade nos remete a importância de um setor de regulação bem estruturado que visualize as necessidades de cada indivíduo conforme ele transita pelos níveis de atenção. A regulação envolve distintos atores – gestores, prestadores e usuários -, com interesses muitas vezes conflitantes, que implicam relações políticas, técnicas e de cuidado. É preciso ter como norte o diálogo entre as demandas e necessidades de saúde dos cidadãos-usuários e a disponibilização de recursos como os oferecidos na atenção secundária, e apenas um sistema informatizado não garante o atendimento integral ao usuário do SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Arce e Sousa (2013) definem que o ato de cuidar vai além da construção de um objeto e intervir sobre ele, é necessário superar a fragmentação das ações de saúde. Portanto a integralidade do cuidado perpassa pelo vínculo estabelecido entre profissionais e usuários, vínculo esse que permite maior responsabilização dos profissionais pelos problemas enfrentados pelas pessoas apontando para uma integração usuário – equipe.

Portanto pode-se dirimir que um setor de saúde onde o Sistema de referência e contra referência tenha grande ou total efetividade faz-se necessário que o mesmo disponha de ações articuladas entre os níveis de atenção à saúde e que estes níveis disponham de serviços com boa estrutura física, com capacitação dos profissionais nela atuantes, e acima de tudo a

¹*Call Center* é uma central de atendimento que têm por objetivo centralizar o recebimento de ligações telefônicas, distribuindo-as automaticamente aos atendentes e possibilitando o atendimento aos usuários finais.

atenção seja pautada na protagonismo do usuário, em suas demandas e necessidades, e que os mesmos tenham a garantia de acesso aos serviços de saúde conforme a sua necessidade (BRASIL, 2011).

6 CONCLUSÃO

Os achados desta revisão integrativa de literatura nos permitem concluir que apesar das inúmeras tentativas do Ministério da Saúde, bem como de profissionais e equipes de saúde de por em prática o princípio da integralidade e a referência e contra referência em saúde, a realidade em nosso país ainda está muito aquém do que tem sido preconizado. A busca pela acesso integral ao atendimento de saúde tem muitas vezes sido comprometida por diversos fatores relatados em vários municípios brasileiros, desde metrópoles, como São Paulo até pequenas comunidades rurais como a de Arambaré – RS.

Portanto ainda tem-se um longo caminho a ser trilhado para que possamos obter uma assistência de saúde que vislumbre o usuário como sujeito de sua própria saúde, capaz de sanar suas demandas por intermédio de um sistema que o atenda de forma não fragmentada. É preciso reconhecer que cada indivíduo possui uma natureza de cuidados diferenciada, individual e ao mesmo tempo coletiva.

Além disso a integralidade é comprometida não só quando faltam recursos necessários a sua aplicação, como condições físicas, barreiras territoriais, dificuldade no acesso aos serviços de média complexidade, mas quando se tem todo o aparato necessário e algumas vezes não existe comprometimento dos profissionais ou quando estes atendem mal a população, os principais interessados nesses serviços. Ou ainda se tem a ideologia de que apenas um serviço de central de marcações resolverá todos as necessidades desse setor, sem a devida regulação, sem a mínima aproximação dos profissionais com a realidade do paciente.

Portanto a partir deste estudo, podemos concluir que a Referência e contra referência é de fundamental importância para que se tenha uma melhoria da assistência a saúde. Quando a mesma for colocada em prática beneficiará não só o usuário mas promoverá a melhoria da qualidade de vida de toda uma população.

REFERÊNCIAS

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de. **Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal**. Saúde soc. 2013, vol.22, n.1, pp. 109-123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100011>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

BEHEREGARAY, Livia Rocha; GERHARDT, Tatiana Engel. **A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência**. Saúde soc. [online]. 2010, vol.19, n.1, pp. 201-212. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000100017>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

BRASIL, Constituição (1988). **Artigo nº 196, de 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1/1992 a 70/2012, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão números 1 a 6/1994 – 36.ed.** Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 04 set. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Conass. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=2> Acesso em: 26 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação**. Versão para debate. Brasil, nov. 2008. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=4236&Itemid=85> Acesso em: 07 mar. 2015.

BRASIL. Portaria nº 648/ GM, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 26 out. 2014.

DIAS, Valdecir Ávila. **Referência e contra-referência: Um importante Sistema para complementariedade da Integralidade da Assistência.** Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <<http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Valdecir-Avila-Dias-.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2015.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio. **Avaliação de um programa de referência e contra referência em saúde.** Dissertação (mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) Universidade o Vale do Itajaí, Itajaí (SC), Centro de Ciência da Saúde, 2007. Disponível em: <www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=377> Acesso em: 20 fev. 2015.

GIOVANELA, Lígia, et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Revista Ciência Saúde Coletiva, v.14, n.3, p.783-94, mar, 2010. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf>> Acesso em: 02 jan. 2015.

GOMES, Francisco Maglionio; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, supl.1, pp. 893-902. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700021>> Acesso em: 24 fev. 2015.

LINARD, Andrea Gomes; CASTRO, Marina Martins de; CRUZ, Ana Kelly Lima da. **Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família.** Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [online]. 2011, vol.32, n.3, pp. 546-553. ISSN 1983-1447. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300016>> Acesso em: 24 fev. 2015.

MARTINS, Julie Silvia, et al. **Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009.** Rev Panam Salud Publica [online]. 2012, vol.31, n.3, pp. 246-252. ISSN 1020-4989. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000300010>> Acesso em: 25 fev. 2015.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem.** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758 – 764, out-dez 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>> Acesso em: 23 out. 2014.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil).** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3579-3586. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900033&script=sci_arttext> Acesso em: 22jan. 2015.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.6, pp. 2753-2762. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>> . Acesso em: 24 fev. 2015.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil**. Physis [online]. 2010, vol.20, n.3, pp. 953-972. ISSN 0103-7331. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>> Acesso em: 24 fev. 2015.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; HEMMI, Ana Paula Azevedo; SANTOS, Regiane Veloso e PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte**. Physis [online]. 2010, vol.20, n.3, pp. 769-784. ISSN 0103-7331. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300005>>. Acesso em: 24 fev. 2015.