

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde Pública

**Dificuldades de Comunicação entre os Serviços em um Sistema de Saúde
Municipal**

Robianca Munaretti

Orientador: Prof. Dr. Mário Tavares

Porto Alegre/RS
2008

Robianca Munaretti

**Dificuldades de Comunicação entre os Serviços em um Sistema de Saúde
Municipal**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialização
em Saúde Pública.**

Orientador: Prof. Dr. Mário Tavares

**Porto Alegre
2008**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, assim como todas as minhas vitórias e conquistas, às pessoas essenciais e fundamentais da minha vida. Minha família.

AGRADECIMENTO

Nunca estamos sós, é verdade.

É bom saber que tenho amigos em quem posso contar.

Pessoas que me apoiaram e me acolheram com tanto carinho.

É certo que passei por momentos um pouco difíceis.

E comigo estão sempre eles, dando-me palavras de conforto e ânimo.

Sou grata a Deus por ter conhecido tantas pessoas boas, de coração aberto e firmes.

Quero agradecer todos que conviveram comigo durante este um ano de curso.

Aos colegas, obrigada pelos aprendizados e pelas risadas.

Ao Professor Mário Tavares, pela orientação deste trabalho, dicas e correções.

Ao querido Maurício, pela compreensão nas ausências dos finais de semana, pelo incentivo e carinho.

E à minha família, pelo apoio, pela dedicação e principalmente pelo que sou! Em especial por estar a meu lado, sempre.

Saiba que eu também quero fazer por vocês o que for possível.

Disponham da minha amizade sincera.

“A grandeza de uma profissão é talvez, antes de tudo, unir os homens: não há senão um verdadeiro luxo e esse é o das relações humanas.”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Este trabalho apresenta uma análise da bibliografia sobre o Sistema Único de Saúde Brasileiro, o que é previsto em suas diretrizes para que funcione adequada e efetivamente, atendendo o usuário em todas as suas necessidades. Traz à discussão a organização dos sistemas de saúde, as articulações entre os serviços destes e se conseguem se organizar em um sistema de redes integradas. Conceitua cada nível de atenção (primária, secundária e terciária) para que facilite o entendimento dos limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviço em saúde. Faz uma análise conceitual e prática no que se refere à referência e contra-referência de pacientes entre os serviços, dentro deste sistema. Como deve acontecer e formas de que isso se torne cada vez mais uma rotina entre os profissionais de saúde, apresentando fatores que interferem na execução, ou pelo menos não total destes processos. Analisa a formação de profissionais de saúde no que dizem respeito a este processo de referenciar ou não um paciente, trazendo como ponto-chave da discussão as formas de comunicação e relações interpessoais para que tudo ocorra de maneira plena e satisfatória.

Unitermos: referência e consulta, consultores, comunicação, barreiras de comunicação, comunicação interdisciplinar, comunicação em saúde, cuidados secundários de saúde, formação dos profissionais de saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
1.1 Definição do problema	11
1.2 Justificativa	11
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo Geral	12
1.3.2 Objetivos Específicos	12
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO	15
3.1 Revisão Teórica	15
3.1.1 Sistema Único de Saúde	15
3.1.2 Sistemas e Serviços de Saúde	16
3.1.3 Sistema de Redes Integradas	19
3.1.4 Tipologias do Sistema	19
3.1.5 Níveis de Atenção	21
3.1.6 Sistema de Referência e Contra-referência	22
3.1.7 Facilitadores dos Processos de Referência e Contra-referência	23
3.1.8 Formação e Capacitação dos Profissionais de Saúde Envolvidos no Sistema	25
3.1.9 Comunicação entre os Serviços	27
3.1.10 Relações Interpessoais nos Sistemas de Saúde	29
3.2 Discussão	31
4. CONCLUSÕES	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho vem apresentar uma revisão bibliográfica referente à comunicação nos serviços de um sistema de saúde. De que maneira ocorre esta comunicação, se é efetiva e se visa o sujeito como um todo que deve ser atendido em suas especificidades.

Apresenta maneiras comunicativas eficientes, formas de referência e contra-referência dos sujeitos integrantes deste sistema, bem como traz em discussão a forma como é visto e entendido o Sistema Único de Saúde pela comunidade e se estes assuntos são trabalhados nas faculdades que formam e também capacitam profissionais da saúde.

Como o próprio nome já diz, o Sistema “Único” de Saúde não se apresenta como absolutamente único, pois envolve alguns subsistemas, tais como, o público, o privado e o privado conveniado. O pleno e efetivo funcionamento, bem como a comunicação nestes subsistemas, deve acontecer na maneira de um sistema de redes integradas que deve se auto-regular trazendo como fato indispensável e indiscutível, a comunicação entre os serviços desta rede, onde todos os atores envolvidos, tenham conhecimento de tudo que é desenvolvido e realizado nestes serviços. Havendo este sistema de redes, bem estruturado e com vias saudáveis de comunicação, inicia-se um excelente trabalho de referência e contra-referência, com os pacientes conseguindo transitar muito bem pelos serviços, chegando logo ao seu fim. O objetivo primeiro de um sistema de saúde é o de atender o usuário em todas as suas necessidades e, para que esta finalidade seja atendida, é necessário que este sistema funcione adequadamente, com eficiência e eficácia.

Quando um trabalho de referência e contra-referência se dá de maneira plena e eficaz, anula por si só a necessidade de realizar encaminhamentos, pois estes

apenas levam o usuário a um serviço sem o compromisso de que ele retorne a sua Unidade Básica e permaneça em acompanhamento pela equipe de saúde que lhe atende. Existindo ainda esta plena comunicação e conhecimento de todos os serviços da rede, anula-se a necessidade da existência de Centrais de Agendamentos, pois o trânsito deste usuário dentro da rede será traçado pelos profissionais que o atendem e suas vias comunicativas uns com os outros.

É importante destacar ainda, neste trabalho, que vários são os fatores que podem facilitar, ou até mesmo, interferir negativamente nestas vias de referência e contra-referência. Alguns destes fatores implicam em locais com atendimentos insatisfatórios, onde o profissional não referencia por não acreditar no atendimento que é oferecido.

A própria formação do profissional, também vista como um fato de interferência, que por vezes pode deixar a desejar em diagnósticos mau feitos ou até mesmo em vias de referência e contra-referência equivocadas.

Também provoca interferência neste processo, a representação social das instituições – algumas são culturalmente melhores vistas pela comunidade, fazendo com que alguns usuários não se deixem referenciar para outros locais, por verem um descrédito cultural de tal instituição.

A regulação do sistema, iniciando pela diferença salarial de um profissional da unidade básica e do próprio hospital, levando a um descrédito do trabalhador no serviço, por não se sentir valorizado para tal, podendo implicar em interferência até mesmo nas relações interpessoais de paciente e profissional.

Serviços de saúde devem garantir ao cidadão um atendimento qualificado que se preocupa com a demanda total trazida por ele. Para que este atendimento ocorra de maneira plena e eficaz, faz-se fundamentalmente necessário um conhecimento generalizado das funções de cada serviço e que, entre si, possa existir uma efetiva interlocução.

A comunicação entre os atores destes serviços, o conhecimento do todo a que se refere, traz sua importância na melhoria do serviço prestado, direcionando a pessoa e sua especificidade ao fim, podendo receber o retorno e acompanhar o andamento do tratamento a ele destinado.

A comunicação ocupa papel primordial em qualquer equipe e serviço. É através dela que o grupo deixará de ser um pequeno aglomerado de profissionais trabalhando em uma postura fragmentada diante do usuário e, se tornará um trabalho integrado, formando um sistema de parceria e complementaridade, em que a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e pertinente com a complexidade do ser humano. É uma tarefa difícil, pois cada membro do sistema deverá estar disponível para se deparar com o novo e muitas vezes o oposto daquilo que acredita. Comunicação é um fenômeno que surge quando se tem informação, enquanto novidade, precisa ser interpretada. Quando não há nada de novo, ela não ocorre, porque nada há a ser comunicado.

1.1 Definição do problema

Como deve acontecer os processos de referência e contra-referência, a comunicação entre os serviços de um sistema de saúde, de acordo com uma análise da revisão bibliográfica sobre o assunto.

1.2 Justificativa

Serviços de saúde devem garantir ao cidadão um atendimento qualificado que se preocupa com a demanda total trazida por ele. Para que este atendimento ocorra de maneira plena e eficaz, faz-se fundamentalmente necessário um conhecimento generalizado das funções de cada serviço e que, entre si, possa existir uma efetiva interlocução.

A comunicação entre os atores destes serviços, o conhecimento do todo a que se refere traz sua importância na melhoria do serviço prestado, direcionando a pessoa e sua especificidade ao fim, podendo receber o retorno e acompanhar o andamento do tratamento a ele destinado.

Assim, o princípio de integralidade proposto pelo Sistema Único de Saúde seria contemplado por inteiro. O SUS é um sistema de saúde hierarquizado, em níveis de complexidade. Isso supõe níveis diferentes, com uma grande entrada pela atenção básica e os pacientes que necessitassem de atenção mais complexa (em termos tecnológicos) fossem encaminhados. O problema é que há pouca regulação, formal e informal, dessa relação entre níveis (ambulatório/clínicas especializadas/hospitais/hospitais universitários/emergências).

Como o SUS pretende integralidade se fragmenta o sujeito e sua atenção?

Em um sistema de saúde municipal ocorrem inúmeros encaminhamentos de pacientes a serviços especializados de acordo com a demanda apresentada. Estes encaminhamentos, muitas vezes realizado pelo médico da Unidade Básica ou Centro de Referência, deve ser referenciado a um local, dentro deste sistema, pertencente ao município ou conveniado a ele, que possa atender as necessidades do indivíduo.

Para que esta referência ocorra de maneira satisfatória e que a demanda do paciente seja atendida em toda sua necessidade, deverá haver também uma contra-referência à Unidade Básica, para que maiores orientações possam ser dadas.

Para que todo esse movimento ocorra, é necessário um total conhecimento de todas as partes envolvidas neste encaminhamento sobre o funcionamento dos serviços no sistema de saúde. Para isto, uma comunicação efetiva deve ocorrer e é isto que leva ao desenvolvimento do trabalho, saber como se dá uma comunicação entre os serviços do sistema de saúde, para onde pessoas que necessitam de atendimento especializado são encaminhadas, como se dá o encaminhamento e se também existe um retorno à Unidade Básica.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar as dificuldades comunicativas nos serviços do sistema de saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

Analisar como podem ser realizadas as formas de referência e contra-referência;

Instigar a utilização de referência e contra-referência nos serviços do sistema de saúde;

Categorizar as dificuldades comunicativas entre os diferentes níveis do sistema;

Avaliar a importância dessa comunicação para a atenção integral do paciente;

Identificar fatores facilitadores e que interferem no processo de referenciar o indivíduo;

Analisar como são organizados os serviços dentro de um sistema integrado de redes.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho se caracteriza por ser uma revisão de literatura, com base de dados no BVS, Lilacs, Medline, Bireme, análise e exploração textual (livros, artigos, periódicos) e também de comunicação oral. Como unitermos são utilizados: referência e consulta, consultores, comunicação, barreiras de comunicação, comunicação interdisciplinar, comunicação em saúde, cuidados secundários de saúde, formação dos profissionais de saúde.

3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 Revisão Teórica

3.1.1 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi proposto como meio de garantir saúde a todos os cidadãos, ampliando o conceito de saúde, passando a ser vista não mais como simples ausência de doença, mas sim de melhores padrões de qualidade de vida, preconizando a assistência integral em substituição à assistência biomédica fragmentada (Reis, et. al, 2007).

Para Pustai (2005), antes de falar sobre o Sistema Único de Saúde, é importante apresentar o conceito de saúde definido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, pois é uma síntese de grande parte do ideal do Movimento Sanitário Brasileiro. Esse conceito traz um sentido mais abrangente para saúde que é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e o acesso aos serviços de saúde. Este é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. Esse conceito amplia a compreensão do processo saúde-doença e é a base para entender a abrangência e complexidade das diretrizes do Sistema Único de Saúde discutidas no Brasil.

O Sistema Único de Saúde é um sistema de saúde hierarquizado em níveis de complexidade, o que supõe níveis diferentes, com uma grande entrada pela atenção básica e os pacientes que necessitam de atenção mais complexa – em termos tecnológico – deveriam ser encaminhados. Existe então o problema de que há pouca

regulação, formal e informal, na relação entre os níveis (ambulatório/clínicas especializadas/hospitais universitários/emergências).

De acordo com a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, é objetivo do Sistema Único de Saúde a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, com a integração das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Segundo esta Lei, é princípio do Sistema Único de Saúde a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade e igualdade desta.

3.1.2 Sistemas e Serviços de Saúde

De acordo com Mendes (2001), os sistemas integrados de serviços de saúde devem ser implantados em cinco momentos: concepção do planejamento estratégico situacional, como a instância, ocasião, circunstância ou conjuntura pela qual passa um processo contínuo que não tem princípio nem fim.

Para Takeda (1996), os sistemas de serviços de saúde têm como objetivo promover a saúde e responder às necessidades das populações. Os profissionais e serviços buscam uma organização com base na satisfação das necessidades de saúde da população.

Para a mesma autora, um sistema é um conjunto articulado de recursos e conhecimentos, organizado para responder às necessidades de saúde da população. A condição do sistema é fundamental para que todos os problemas de saúde possam ser enfrentados. Um sistema de saúde é entendido como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde um ponto de atenção à saúde é um local de prestação de serviços.

Segundo Oliveira (2002), as interações entre serviços de saúde e usuários envolvem muitos outros aspectos além do encontro físico entre médico e paciente num consultório, envolve entre outros fatores as políticas de saúde em cada local e as concepções dos indivíduos sobre o estar doente.

Considerando que a organização dos serviços não acontece ao acaso e que as práticas profissionais ocorrem articuladas com o corpo de idéias, a um conjunto de ações coordenadas que configuram um determinado processo de trabalho em saúde estruturado pela forma como os serviços são organizados, geridos e financiados (Gil, 2006).

De acordo com Pustai (2005), no momento atual da saúde brasileira, somente é possível pensar em integralidade nas ações médicas se houver uma complementação do setor privado na prestação de atendimento para o setor público. O setor público não pode arcar sozinho com todos os serviços necessários para compor um sistema de saúde completo. Na organização dos serviços pelo gestor local, a preferência deve ser dada aos serviços públicos já existentes, além de serem consideradas as possibilidades de sua ampliação. Constatada a carência, deve ser feita à complementação necessária com a contratação de serviços privados, com preferência para os não-lucrativos.

Refere ainda que, atualmente, os serviços privados contratados ainda não se submeteram plenamente às diretrizes do Sistema Único de Saúde, pois tem uma longa tradição de autonomia e resistem à proposta de integração plena ao novo sistema de saúde. Os serviços prestados seguem uma lógica de mercado, e o conceito de responsabilidade pública está longe de ser alcançado.

Para que um sistema possa funcionar adequadamente é fundamental que se tenha um trabalho regulatório. Entende-se por regulação a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução, discute a sua evolução histórica, seus determinantes, as diferentes estratégias de regulamentação utilizadas, seus objetivos, os atores envolvidos e, em particular, os instrumentos criados pelo ator governo (Santos e Merhy, 2006).

O termo regulação tem sido utilizado na saúde com um sentido mais amplo do que a regulamentação do mercado, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, não sendo apenas uma função de

regulação mas clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde, o termo assume uma característica polissêmica (Santos e Merhy, 2006).

Hortale, Conill e Pedroza (1999), entendem a saúde como processo dinâmico, os serviços devem ter como função principal alterar o processo natural de evolução da doença. A medida e a definição exatas do que é um problema de saúde estão relativizadas, tanto pelo agente que a percebe (o usuário, a sociedade, o Estado, os prestadores do sistema de saúde), quanto pela própria eficácia dos serviços. Quanto mais o sistema se aprimora, mais se amplia a definição do que se constitui um problema de saúde, justificando seu desenvolvimento e aumento de custo.

De acordo com Pustai (2005), os serviços de saúde precisam estar organizados em níveis de complexidade crescente, com tecnologia adequada para cada nível, potencializando a resolutividade. É fundamental a regulação adequada entre os níveis do sistema, de modo que haja fluxos de referência e contra-referência claramente normatizados e funcionando para que o acesso seja garantido a todos, sem que se perca a capacidade de discernir a prioridade de atendimento especializado entre um paciente com suspeita de um nevo maligno na retina e outro com necessidade de trocar de óculos. É comum o paciente ficar confuso e perdido frente a um sistema complexo e burocratizado.

O mesmo autor relata que a organização dos serviços pode agrupar várias unidades de uma determinada região em um órgão político-administrativo chamado de distrito sanitário. Este englobaria todo nível de atenção primária, contando com ambulatórios especializados e alguns recursos diagnósticos e, em certos casos, com um hospital geral. Essas estruturas devem estar articuladas com o nível terciário, constituídos de hospitais especializados, entre os quais um hospital universitário, além de serviços diagnósticos e terapêuticos avançados, que podem ser da mesma cidade ou servir de referência também para outras cidades próximas.

3.1.3 Sistemas de Redes Integradas

Para Mendes (2001), há uma consciência universal de que a crise dos sistemas de serviços de saúde não pode ser respondida com estratégias macroeconômicas. A instituição de sistemas integrados de serviços de saúde como resposta à fragmentação vigente, que gera ineficiência, má qualidade dos serviços e insatisfação dos usuários. O movimento de reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde caracteriza-se pela ampliação da visão convencional de tratar a gerência dos serviços de saúde como mera gerência de meios – gerência de recursos humanos, materiais e financeiros. A proposta dos sistemas integrados de serviços de saúde amplia o objeto da gerência para atingir a gestão dos fins, que é a gestão dos pontos de atenção à saúde e a gestão da clínica que é onde vão se dar os maiores ganhos em eficiência e qualidade nos sistemas de saúde no futuro próximo e é onde os usuários mais percebem os problemas do sistema.

O mesmo autor ainda refere que a reforma do Sistema Único de Saúde deve ter como um de seus pilares a implantação dos sistemas integrados de serviços de saúde, pois envolvem movimentos nos diversos níveis do sistema de serviços de saúde, e encontram seu espaço privilegiado na visão renovada de nível local. Isto deve ser implantado em conjunto com os sistemas microrregionais de serviços de saúde e como parte indissociável deles.

3.1.4 Tipologias do Sistema

No Brasil, o Movimento Sanitário Brasileiro, que nada mais é que um conjunto de forças sociais e políticas que defende um modelo assistencial baseado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, que, em seu conjunto, representam um Sistema

Nacional de Saúde, guardando algumas semelhanças com os modelos de saúde inglês, canadense e italiano (Pustai, 2005).

O mesmo autor refere que, uma das tipologias é a que cria um ambiente favorável para o desenvolvimento do Seguro Privado em Saúde, onde é retirada da órbita do Estado a responsabilidade pela saúde e elege o indivíduo como o provedor principal. Quem consegue comprar serviços no mercado abastece suas necessidades, pois nessa lógica, a saúde é categorizada como mercadoria regulada pela lei da oferta e procura, e não como um bem público baseado nas necessidades da população.

Refere ainda outra tipologia do sistema que diz respeito às políticas de saúde mediante a Municipalização da Saúde e as propostas de Cidade Saudável, em que o poder local – e não mais o nacional – precisa garantir políticas de proteção aos cidadãos. Dentro deste cenário, a descentralização dos serviços de saúde poderá ser desastrosa para os municípios economicamente atrasados ou politicamente desorganizados. As cidades, aos poucos, também ocupam posição no plano internacional, estabelecendo diálogo do local com o global e realizando articulações intermunicipais, como é o caso das Mercocidades, da Rede de Cidades Saudáveis de Língua Francesa, entre outros.

Continua que, como outra tipologia, em municípios onde há complementação do financiamento federal e nos quais o sistema local de saúde é organizado, o Programa de Saúde da Família está se consolidando como a porta de entrada do sistema de serviços de saúde, em articulação com os cuidados secundários e terciários ou demais pontos do serviço de atenção à saúde de maior densidade tecnológica. Existe a possibilidade de essas tendências se sustentarem. Nessa perspectiva, o Programa de Saúde da Família seria a principal política para responder os vazios assistenciais na atenção primária e poderia ser o centro de uma estratégia para consolidar o Sistema Único de Saúde como opção assistencial da grande maioria da população.

Tavares (2005), analisa os sistemas de saúde no mundo e acredita haver um consenso de que eles devem ser organizados com base na atenção primária.

3.1.5 Níveis de Atenção

Segundo a resolução CIPLAN nº 03/81, os níveis de complexidade são limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde segundo as características das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência em que ocorrem.

O nível de atenção primária é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (postos e centros de saúde). De acordo com Takeda (1996), este nível é entendido como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, através de uma perspectiva da população, que está em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e que busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a co-responsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito amplo de saúde. Em linhas gerais, é a porta de entrada do sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde do paciente e da população ao longo do tempo.

Tavares (2005), conceitua Atenção Primária em Saúde como o cuidado dispensado por profissional de saúde, a partir de um primeiro contato, de forma integral e continuada, a pessoas saudáveis ou doentes, com um sinal ou sintoma não diagnosticado ou com um problema de saúde não limitado pela sua origem, pelo sistema orgânico afetado, pela idade ou pelo gênero.

De acordo com Gil (2006), no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais.

A atenção básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

Na pesquisa desenvolvida por Gil (2006), refere que alguns autores utilizam os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência. Parte dos materiais situa a atenção primária à saúde enquanto serviços de saúde do primeiro nível de atenção, indo ao encontro de sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo, nas unidades básicas, sua instância operacional com nível próprio de atendimento.

Para Pustai (2005), a taxa de resolutividade do nível de atenção primária pode chegar a 90% se os recursos financeiros, materiais e humanos forem adequados. Quando o número de encaminhamentos for muito pequeno, pode significar que o serviço está deixando de reconhecer situações que são atribuições do especialista. Ao contrário, quando esse número é alto demais, por alguma razão os serviços de atenção primária estão deixando de exercer todas as suas potencialidades.

O nível de atenção secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais).

O nível de atenção terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (ambulatório de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades).

3.1.6 Sistema de referência e contra-referência

Sistemas de referência e contra-referência constitui-se na articulação entre as unidades anteriormente mencionadas, sendo que por referência compreende-se o

trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contra-referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade.

Figueiredo (1997) apresenta que centros e postos de saúde recebem demanda para clínica médica de acordo com os programas de atenção primária e secundária oferecidos. As mais freqüentes são para a pediatria, ginecologia e obstetrícia, pneumologia, dermatologia, hanseníase, diabetes e cardiologia. Nos hospitais há uma variedade maior de especialidades.

A partir da resolução específica dos problemas clínicos, segundo a autora, os encaminhamentos são feitos para outras áreas mais específicas, tais como a psicologia, na maioria das vezes com critérios genéricos e estereotipadas. Nestes casos, o serviço oferecido é visto como um “ajustador” de situações-limite que podem comprometer o bom andamento do atendimento.

Para Figueiredo (1997), deve-se tomar como regra geral para os encaminhamentos a forma de estar situado em relação às ofertas de tratamentos operantes no serviço. Operantes porque nem sempre as ofertas cumprem seus propósitos por motivos que vão além da questão clínica.

De acordo com Pustai (2005), se todos os encaminhamentos fossem feitos com critérios, os ambulatórios e hospitais especializados ficariam mais disponíveis para se dedicarem aos problemas que realmente precisam de intervenção com tecnologias mais complexas.

3.1.7 Interferências nos Processos de Referência e Contra-referência

Um dos meios que se entende como facilitador nos processos de referência e contra-referência é fazer com que a população dê confiança ao sistema que lhe é oferecido o serviço. Atualmente a população não vem acreditando no serviço, e isso dificulta o trabalho realizado e até mesmo o processo de referenciar a um atendimento especializado.

Conforme Merhy (1997), o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram um dos “grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo técnico-assistencial em saúde no Brasil, que tem-se mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos. Uma das características que dá ao Sistema Único de Saúde singularidade histórica e internacional é que, no Brasil, a participação popular não é para a avaliação do grau de satisfação com a atenção, para a cooperação ou extensão comunitária, para a organização de programas de educação para a saúde ou consultiva. No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso o controle social, como denominação, é dada à participação da sociedade no Sistema Único de Saúde. Controle social no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde.

De acordo com Kloetzel (2005), o conceito acadêmico do diagnóstico de que é “difícil afixar um rótulo diagnóstico preciso” deve ser deixado de lado, pois, assim como uma charada que cabe decifrar até o último detalhe, o ato médico perderia sua razão de ser. Esquece-se de que o esforço despendido em dar um nome às necessidades do paciente só faz sentido se conduzir à causa imediata do mal, e essa causa for condição prévia para o êxito do tratamento. Caso contrário é melhor não insistir na busca do rótulo exato – ele pode muito bem não existir.

Segundo relato de Silla (2008), existe uma cultura nacional de que o Sistema Único de Saúde não funciona como deveria, que é ruim. Isto se mostra muito presente nas pesquisas de satisfação realizadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o paciente sempre demonstra alguma insatisfação, pelo simples motivo de ser SUS. Isto, segundo a profissional, dificulta o processo de referência e contra-referência, pois acabam confiando tanto no trabalho oferecido ali que não querem retornar a Unidade Básica de origem, ocupam uma vaga sem necessidade. Refere ainda que os médicos residentes acabam por não conseguirem se desvincular da aliança mantida com o paciente e sempre marcam mais uma consulta ali, naquele espaço, e não referenciam ao local de origem.

Para Tavares (2005), quem trabalha com atenção primária, tem resistência em admitir que se encaminhem os pacientes para “qualquer um”. Um clínico dedicado trabalhando com atenção primária gosta de ver seus pacientes atendidos por médicos sintonizados com a sua forma de atuação. É por isso que há resistência em deixar a cargo de uma “central” a referência dos pacientes. É preciso descobrir quais os especialistas que também “advogam” os pacientes dentro do sistema.

3.1.8 Formação e Capacitação dos Profissionais de Saúde Envolvidos no Sistema

Para Juliani e Ciampone (1999), a organização dos serviços denota falta de comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção à saúde. Desvela-se que os alunos de cursos de medicina, chegam às Unidades Básicas sem conhecimento da existência e do funcionamento do sistema de referência e contra-referência.

A formação dos profissionais da saúde deve ser um projeto educativo que extrapole a educação para o domínio técnico-científico da profissão e que estenda-se pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde.

Para Ribeiro e Ciuffo (2008), deve existir uma viabilidade de diálogo entre a formação do profissional médico e o Sistema Único de Saúde, enfatizando o princípio de integralidade como eixo estruturante dessa formação. Os professores das instituições formadoras devem ter consciência sobre a importância do compromisso social que a profissão exige, com as decorrentes mudanças, embora alguns demonstrem resistência para enfrentar os novos desafios. Quanto aos estudantes, o descontentamento com a formação é preponderante, embora existam indícios de ruptura com os tradicionais paradigmas da formação médica e desenvolvimento de projetos com os serviços e a comunidade.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização de gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, fundante do modelo oficial de saúde do Brasil. As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependente de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os mesmos autores relatam ainda que, a formação não pode tomar como referência à busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar o acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para os cursos da área da saúde, destinam-se a orientar a formação destes profissionais, tendo como base conhecimentos gerais e ênfase no compromisso social. Isso implica repensar o papel da escola que, até então, pouco ou quase nada dialogava com a sociedade. Deve haver sucessivas e permanentes inovações curriculares, orientadas pelo princípio de integralidade – noção complexa que articula concepções e práticas de saúde – e pela revisão do processo de trabalho e de gestão em saúde (Ciuffo e Ribeiro, 2008).

3.1.9 Comunicação entre os Serviços

Oliveira (2002), refere que a relação que se estabelece entre serviços e usuários é uma comunicação com duas vias de fluxo, no momento em que o indivíduo busca atendimento de saúde existe um encontro de duas visões de mundo diferentes.

Para Habermas (2001) a razão comunicativa é um instrumento de democracia que compreende a esfera instrumental de conhecimentos objetivos, alcança a esfera de interação entre os sujeitos que é marcada por simbolismo e subjetivismo, por experiências pessoais e uma contextualização dialógica de agentes lingüísticos. Utiliza como critérios de validade de uma comunicação eficiente o uso de regras semânticas inteligíveis, sendo verdadeiro no conteúdo dito com uma justificativa do emissor por direitos sociais ou normas invocadas pelos argumentos utilizados e que este emissor seja sincero.

A interação refere-se ao agir comunicativo simbolicamente mediado e orientado por normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas por, pelo menos, dois sujeitos. Portanto, é regida por normas consensuais e funda-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo, livre de coação interna ou externa (Peduzzi, 2001).

A equipe de saúde pode ser entendida como um campo de forças, em que umas contribuem para seu crescimento, enquanto outras para o retrocesso ou manutenção de seu status. Nesse sentido, a comunicação ocupa um papel primordial em qualquer equipe. É através dela que o grupo deixará de ser um pequeno aglomerado de profissionais trabalhando com pouco ou quase nenhum vínculo, numa postura fragmentária diante da pessoa do paciente, e se tornará um grupo de trabalho, integrado, formando um sistema de parceria e complementaridade, em que a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e pertinente com a complexidade característica do ser humano. É uma tarefa árdua, pois, mais uma vez, cada membro da equipe precisará estar disponível para se deparar com o novo, com o diferente, e, muitas vezes, com o oposto daquilo em que acredita. Exercitar a

comunicação não significa a busca de um discurso único nem desconsiderar as especificidades de cada profissão. Antes, representa a valorização das perspectivas distintas como ingredientes para o enriquecimento do trabalho (Cardoso, 2002).

Para Peduzzi (2001), a comunicação entre os profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. No entanto, essa comunicação manifesta-se de três diferentes formas: uma delas é aquela em que a comunicação aparece externa ao trabalho. A comunicação, embora esperada, não é exercida, ou é exercida apenas como instrumentalização da técnica. Nessa situação, observa-se, por um lado, o padrão restrito de comunicação entre os profissionais, e, por outro, a comunicação ocorre como recurso de otimização da técnica. Em ambas, os agentes experimentam tensão entre o comunicativo e o instrumental, não havendo agir-comunicativo.

Outra forma é aquela em que ocorre a comunicação estritamente de caráter pessoal. Os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. Conhecer o profissional equivale a conhecer como é executado seu trabalho e o saber técnico que o fundamenta. A dimensão de sujeito parece ser plena quando, de fato, havendo sobreposição completa entre o agente técnico e o trabalho, ocorre redução da interação, com o que se reduz a noção de trabalho em equipe na mesma direção: a das boas relações interpessoais, independentemente da reiteração das relações hierárquicas de subordinação. Não há, nesse caso, igualmente, agir-comunicativo, embora haja certa forma de comunicação.

A terceira expressão é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Os agentes destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Enfim, destacam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da intrincada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais. Trata-se da perspectiva do agir-comunicativo no interior da técnica, o que, dada a hegemonia instrumental do agir-técnico, também acaba por gerar tensões.

A possível cisão ou tensão entre trabalho e comunicação dos agentes decorre do caráter distinto do agir-instrumental e do agir-comunicativo, pois o primeiro visa a um dado fim à *priori* e o outro busca o entendimento e o reconhecimento mútuos. Pode-se dizer que a prática comunicativa é uma situação em que as mediações são o próprio fim, ou seja, a finalidade é interagir e, nesse processo, construir consensos pertinentes a cada contexto, ao passo que no agir-instrumental busca-se um certo resultado independente das vicissitudes do percurso. É por isso que será um agir comunicativo e técnico aquele em que o fim é definido e alcançado por um processo participativo e de intervenção.

3.1.10 Relações Interpessoais nos Sistemas de Saúde

Habermas (2001) introduz a decomposição do conceito de trabalho em dois componentes, os quais, ainda que interdependentes na prática, são analiticamente distinguíveis e mutuamente irreduzíveis: o trabalho, como ação racional dirigida a fins, e a interação. O autor assinala a existência de relação recíproca entre trabalho e interação, não sendo possível a redução da interação ao trabalho ou a derivação do trabalho a partir da interação.

Para Cardoso (2002), uma equipe não se constitui apenas em função da objetividade dos diversos saberes científicos, mas também a partir do encontro das várias subjetividades das pessoas que a compõem. Portanto, ao falar de uma equipe interdisciplinar, estamos nos referindo ao encontro de diferenças, tanto objetivas quanto subjetivas. É a partir desses encontros que o trabalho coletivo se desenvolve. E também as simpatias, as antipatias, os conflitos, as alianças, as dificuldades de comunicação, as resistências. É na intersecção dessas perspectivas – a profissional e a interpessoal – que as dificuldades começam a surgir. Em outras palavras, além da diferença entre o saber do profissional e do paciente, refere-se a diferença de cada pessoa em particular, que frequenta o serviço.

A mesma autora refere ainda que, entre os profissionais da área da saúde, é inegável a apreensão do homem como um organismo unificado, onde mente e corpo, comportamento e emoção são entendidos como aspectos absolutamente interligados do ser humano. Diversos estudos científicos têm comprovado que fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem de diferentes modos e proporções na gênese e na manifestação de qualquer enfermidade. É a constatação dessa diversidade que está na raiz do trabalho em equipe, implicando necessariamente numa atividade em grupo, baseada numa integração entre as múltiplas áreas do saber.

Ciuffo e Ribeiro (2008), fazem referência às relações interpessoais à relação entre professor e aluno nos bancos acadêmicos, pois estas, mais tarde, revertem-se nas relações estabelecidas entre os profissionais e seus pacientes, ou entre quem cuida e quem é cuidado. O descaso com a área das relações interpessoais, vem sendo expresso, entre outros resultados, nos baixos índices de resolutividade do Sistema Único de Saúde, na insatisfação do usuário e de muitos profissionais dos serviços e na utilização de procedimentos de alto custo, muitas vezes desnecessários.

3.2 Discussão

Como forma de contemplar os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde que são a universalidade, a integralidade e a equidade, uma comunicação eficaz do sistema, isto é, entre os atores dos serviços, deveria ocorrer plena e satisfatoriamente, contemplando a referência e contra-referência de pacientes, onde estes possam circular efetivamente entre os serviços que atendam suas necessidades podendo respeitar as especificidades de cada um.

Para que um sistema funcione plenamente, é necessário um trabalho em rede, cuja denominação já existe como Rede de Assistência Básica. Nesta, faz-se essencialmente e primordialmente uma necessidade de comunicação efetiva, onde um profissional tenha conhecimento e acesso a todos os serviços e trabalhos oferecidos, sem exceção, para que o paciente seja atendido em todas as suas necessidades.

Quando se fala em comunicação, trata-se dela propriamente dita, um falar e escutar mútuo e efetivo, onde as relações interpessoais sejam vistas e respeitadas para um pleno desenvolvimento do trabalho. Essa comunicação plena reflete no efetivo desempenho das atividades dos serviços deste sistema apresentado.

Muitos são os fatores que facilitam e até mesmo dificultam os processos comunicativos entre os serviços, refletindo no trabalho e facilitando ou prejudicando a atividade de referenciar e contra-referenciar, podendo citar os locais com atendimentos especializados não muito adequados, onde o trabalho realizado pelos profissionais da saúde não contemplam em qualidade e muitas vezes em eficácia e eficiência o que o profissional que referenciou esperava do atendimento. Muitas vezes o profissional que tem que referenciar um paciente a um atendimento especializado não acredita naquilo que é realizado pela outra equipe e/ou profissional, interferindo neste processo, pois acaba por não fazê-lo. Um profissional, para realizar um processo de referência satisfatório e adequado, tem que estar sintonizado com o trabalho de seu colega, acreditando no que é feito por ele e depositando confiança na sua atuação.

A formação e o desempenho do profissional de saúde no momento de diagnosticar, muitas vezes isso se dá de maneira equivocada dificultando o andamento

do tratamento para a patologia. O momento do diagnóstico é fundamental para o decorrer do tratamento e das referências adequadas a se fazer com aquele usuário que procura o serviço. Qualquer intercorrência neste processo, não identificando adequadamente o que acontece com o paciente, pode fazer com que este seja referenciado equivocadamente, ou até mesmo, procure outro serviço por continuar apresentando os sintomas, na tentativa de minimiza-los ou até mesmo cura-los.

Muitas instituições de ensino de saúde trabalham a formação do profissional com uma abordagem onde não é preocupação os processos de referência e contra-referência e para que este atue desta maneira, se faz necessário que acredite na eficácia de tal atitude. Muito se fala em referência e contra-referência em um sistema de saúde como o de nosso país, percebe-se que isso pouco se realiza. Muitos motivos dessa não realização, é o profissional não ter experiência em um trabalho feito desta forma, pois não consegue vislumbrar os resultados positivos que refletem no usuário, sua satisfação e suas conquistas perante suas necessidades.

Os serviços do sistema devem estar preparados para receber o usuário referenciado, sendo que também o profissional que referencia, além do conhecimento de toda a trajetória que ele vai realizar, deve conhecer as minúcias de cada especialidades, pois cabe ressaltar, que dentro de cada especialidade existem “sub-especialidades” para tratar as mínimas especificidades de cada paciente. Se este conhecimento não estiver fortalecido, a referência fica a desejar, pois o paciente não conseguirá chegar ao seu destino final. Nestes casos, também deve haver uma preocupação com a comunicação entre os sistemas público e privado – muitas destas especialidades encontram-se em sistemas privados – onde estes dois devem conhecer as possibilidades e dimensões do outro.

Outro fator que pode vir a interferir neste processo de referência e contra-referência é a representação social que algumas instituições de saúde possuem, que faz com que o usuário não se permita ser referenciado a uma Unidade Básica, por exemplo, para dar continuidade a seu tratamento, quer permanecer naquele lugar, por acreditar ser melhor, ocupando uma vaga de outro usuário necessitado de tal atendimento. Com isso, é importante poder pensar no descrédito que a rede básica do Sistema Único de Saúde está enfrentando, onde pacientes e por vezes, os próprios

profissionais não referenciam de maneira adequada por não acreditar no serviço prestado, o que muitas vezes esse descrédito pode fazer sentido, com atendimentos especializados de baixa qualidade como já citado anteriormente.

Como forma de poder melhorar esses atendimentos, tanto em qualidade quanto em eficácia, é muito interessante que o sistema tenha uma regulação, onde o salário de cada profissional poderia ser oferecido de acordo com a qualidade do serviço oferecido. Atualmente, um profissional de uma Unidade Básica do Sistema Único de Saúde, possui um salário muito inferior que o mesmo profissional de um hospital, por exemplo. Essa diferença salarial interfere muito no atendimento, sendo um fator que perpetua no descrédito da rede básica de saúde.

Para que um sistema estruturado em rede possa funcionar plenamente, é necessário que existam centrais de regulação que se comuniquem, que um serviço saiba da existência do outro, o que é oferecido, de que forma é feito, o que é contemplado e assim por diante. Em um sistema de rede, cada serviço e até mesmo cada ator deste, deve ter conhecimento do trabalho para que possa existir um trânsito fluente de informações e serviços. Que tudo que é ofertado e oferecido sejam vias de fluxo sem fragmentações e interrupções. Para que isso aconteça, uma comunicação eficiente e saudável se faz necessária.

Pelo que se percebe, em todo trabalho realizado, o nosso Sistema Único de Saúde está fragmentado, e é mais que necessário integra-lo para que o trabalho funcione adequadamente, sendo prazeroso para o trabalhador e efetivo para o usuário.

4. CONCLUSÕES

Com este trabalho pode-se concluir que em um sistema de saúde como o Sistema Único de Saúde brasileiro deve haver um trabalho efetivo de referência e contra-referência, que tem que ser realizada por profissionais que acreditem na sua eficácia e importância, podendo levar o usuário a obter atendimentos especializados de acordo com suas necessidades, o que só vem a enriquecer o atendimento oferecido pelo sistema. Como todo sistema, este deve ser integrado, vislumbrando um sistema de redes, onde todos os serviços tenham conhecimento de tudo que é feito e ofertado por esta rede. Para que isto se dê de maneira plena e satisfatória tem que haver um fluxo comunicativo saudável entre todos os atores dos serviços e também com seus usuários.

O conhecimento do trabalho realizado em cada serviço, bem como suas formas de atendimento, seus profissionais, horários, só se conhece por meio de ações comunicativas entre os envolvidos na rede. O resultado é um usuário satisfeito e que transita adequadamente entre os serviços, deixando de lado a cultura de que o sistema não é bom, que não atende as necessidades da população, entre outras culturas que permeiam este sistema.

Mas para que este sistema funcione adequadamente, a comunicação é primordial, como já dito, mas é também fundamental que todos os profissionais envolvidos consigam realizar um trabalho de referência e contra-referência satisfatório. Para que isto se dê, é necessário que haja um conhecimento e crédito no trabalho realizado pelo colega, pois se eu não acredito e confio no trabalho eu não referencio.

É necessário também que se tenha muita preocupação com os diagnósticos realizados, pois se eles deixarem a desejar refletem diretamente nestes processos de referenciar, pois podem acontecer para especialidades equivocadas e locais que não atendem aquela demanda mal vista.

Os serviços do sistema devem estar preparados para receber o usuário referenciado, sendo que também o profissional que referencia, além do conhecimento

de toda a trajetória que ele vai realizar, deve conhecer as minúcias de cada especialidades, pois cabe ressaltar, que dentro de cada especialidade existem “sub-especialidades” para tratar as mínimas especificidades de cada paciente. Se este conhecimento não estiver fortalecido, a referência fica a desejar, pois o paciente não conseguirá chegar ao seu destino final. Nestes casos, também deve haver uma preocupação com a comunicação entre os sistemas público e privado – muitas destas especialidades encontram-se em sistemas privados – onde estes dois devem conhecer as possibilidades e dimensões do outro.

Tão logo, o conteúdo deste trabalho mostra que nosso Sistema “Único” de Saúde não se apresenta como único, havendo subsistemas e de que ele está fragmentado. Para que um trabalho funcione adequadamente, é necessário uma integração efetiva entre todos os serviços deste sistema, organizado sim em rede, onde como peça fundamental e primordial encontra-se o processo comunicativo efetivo entre todos os seus atores e usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dos princípios e diretrizes. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Educação. CNE/CES. **Resolução CNE/CES/MEC n.4**. Em 7 de novembro /2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, Brasília, 2001.

_____. Resolução CIPLAN n. 3, de 25 de março de 1981. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde**. 2 ed. Brasília, 1987.

CARDOSO, C.L. Relações Interpessoais na Equipe do Programa de Saúde da Família. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, V.22, n1, p2-9, 2002.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 14(1), 41-65, 2004.

CIUFFO, R. S., RIBEIRO, V.M.B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos. In: **Interface – Comunicação, saúde, educação**. V.12, n24, p125-40, jan/mar 2008.

FIGUEIREDO, A.C. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

GIL, C.R.R., Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 22(6), 1171-1181, jun 2006.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa, I. Racionalidad de la acción y racionalización social**. Buenos Aires, Argentina: Taurus, 2001.

HORTALE, V.A., CONILL, E.M., PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 15(1):79-88, jan/mar, 1999.

JULIANI, C. M. C. M., CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. In: **Revista da Escola de Enfermagem USP**. V.33, n4, p323-33, dez 1999.

KLOETZEL, K. O Diagnóstico Clínico: Estratégias e Táticas. In: DUNCAN, B. B., SCHIMIT, M. I., GIUGLIANI, E. **Medicina Ambulatorial**. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2001.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. In: **Interface – Comunicação, saúde, educação**. V.6, n10, p63-74, fev 2002.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. In: **Revista de Saúde Pública**. V.35, n1, p103-109, fev, 2001.

PUSTAI, O.J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B., SCHIMIT, M. I., GIUGLIANI, E. **Medicina Ambulatorial**. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

REIS, M. A.S., FORTUNA, C.M., OLIVEIRA, C.T., DURANTE, M. C. A organização do processo de trabalho em um unidade de saúde da família: desafios para mudança das práticas. In: **Interface – Comunicação, saúde, educação**. V.11, n23, p655-66, set/dez, 2007.

SANTOS, F. P., MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. In: **Interface – Comunicação, saúde, educação**. V.9, n18, p25-41, jan/jun 2006.

SILLA, L. **Projeto Criança Sem Anemia no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 06 de maio de 2008. Comunicação oral concedida por telefone a Robianca Munaretti.

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B., SCHIMIT, M. I., GIUGLIANI, E. **Medicina Ambulatorial**. Porto Alegre: ArtMed, 1996.

TAVARES, M. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B., SCHIMIT, M. I., GIUGLIANI, E. **Medicina Ambulatorial**. Porto Alegre: ArtMed, 2005.