

## REFERENCIAMENTO DE USUÁRIOS DO SUS PARA UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO BRASIL

Marcos Aurélio Matos Lemões\*  
César Francisco Silva da Costa\*\*  
Raúl Andrés Mandoza-Sassi\*\*\*

### RESUMO

O estudo objetiva verificar como é estabelecido o sistema de referência de usuários do SUS internados em um hospital universitário no Sul do Brasil. Procura estabelecer vínculos entre unidades básicas de saúde e serviço hospitalar, considerando o referenciamento como forma de proporcionar a integralidade da assistência e analisando a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde. De caráter descritivo-exploratório, versa sobre os processos de referência e contrarreferência de usuários no sistema de saúde no nível local, nos meses de março e abril de 2008. Foram realizadas entrevistas com 93 usuários internados, aos quais foi aplicado questionário constituído de perguntas fechadas. Foi encontrado que 73,1% dos usuários não foram referenciados para o nível hospitalar. As unidades básicas de Saúde da Família emitiram boletim de referência ou um documento assemelhado para 23,7% dos usuários, revelando uma melhoria neste serviço se comparado ao dos últimos cinco anos. Concluiu-se que referenciamento ao nível hospitalar, no município de Rio Grande/RS, não é de fato algo fundamentado, e que a Estratégia de Saúde da Família é uma aliada para a implementação do sistema em nível hospitalar.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Planejamento em Saúde.

### INTRODUÇÃO

As ações de serviços públicos de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único e pautado em diretrizes como descentralização (direção única em cada esfera de governo), atendimento integral e a participação da comunidade<sup>(1)</sup>.

A Lei Orgânica da Saúde menciona o princípio da integralidade. O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do SUS. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde. O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como trabalham os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde<sup>(2)</sup>.

Uma forma de articulação entre estes serviços dá-se pelo sistema de referência e contrarreferência. Referência acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha e

remete clientes a um serviço de maior complexidade, acompanha-o e marca seu atendimento. A contrarreferência acontece quando a situação é resolvida e o cliente é encaminhado novamente ao serviço de procedência para continuar o seu acompanhamento. Esta articulação deve garantir a continuidade de ações preventivas e curativas, tanto individuais como coletivas<sup>(3)</sup>.

Modelo tecnoassistencial de saúde, possui uma configuração estrutural na representação de uma pirâmide. Como base desta estrutura identifica-se uma ampla rede de serviços de saúde que respondem pela atenção de uma população definida. Esta estrutura serve também como porta de entrada, garantindo o acesso universal e hierarquizado dos usuários aos serviços. Da mesma forma, os usuários têm seu fluxo assegurado dentre estes níveis de complexidade de assistência em saúde, pelo sistema de referência e contrarreferência<sup>(3)</sup>.

Pesquisa sobre a organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do SUS realizada em 1999, em um município do

\*Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Membro do Grupo de Pesquisa Processo Saúde Doença-Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). E-mail: marcos.lemoes@pop.com.br

\*\*Enfermeiro. Mestre. Professor Assistente da Escola de Enfermagem da FURG. E-mail: hspcesar@furg.br

\*\*\*Doutor em Epidemiologia pela UFPel. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da FURG. E-mail: dmiraul@furg.br

Estado de São Paulo, cita pesquisas de 1986, 1988 e 1992 empreendidas em cidades de outros estados brasileiros, cujos resultados também mostram as dificuldades na organização do sistema de referência e contrarreferência. Entre estas dificuldades foram apontadas a falta de informação por parte da população, problemas organizacionais intrínsecos aos próprios serviços e ainda problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção<sup>(4)</sup>.

Para suprir tais deficiências, faz-se necessária a qualificação de todas as portas de entrada do sistema de referência e contrarreferência. Estas vias são espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população, que garantem o acesso com a disponibilidade de serviços de acordo com a demanda local e também como elo entre os serviços das unidades de saúde e os da rede hospitalar<sup>(3)</sup>.

Para organizar a rede de assistência à saúde, o Pacto Pela Saúde insere a regionalização como um dos eixos estruturantes do Pacto pela Gestão. Este deve orientar a descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, visando a garantir a integralidade na atenção à saúde<sup>(5)</sup>.

As regiões de saúde, segundo o Pacto pela Gestão, são recortes territoriais de um espaço geográfico contínuo. São identificadas a partir de aspectos culturais, econômicos e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Nestas regiões, deve ser organizada a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado<sup>(5)</sup>.

Do mesmo modo, destacamos a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que reafirma a necessidade de tornar a prática assistencial uma prática integral, por meio da responsabilidade clínica e territorial expressada na relação entre a população de referência, o serviço e a equipe de trabalho<sup>(6)</sup>.

O caráter inovador e o foco na família e na comunidade fizeram desta estratégia um atraente marco de governo, pelo seu potencial de visibilidade política, que a mantém na agenda de várias gestões ministeriais<sup>(7)</sup>. Salienta-se ainda

que a ESF é uma tentativa de modificar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que integram a equipe<sup>(8)</sup>, centrando-as na unidade familiar e tornando-as comprometidas com a integralidade da assistência da saúde. No entanto, é importante reconhecer que ainda não dispomos de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com adequada eficácia<sup>(9)</sup>.

Assim, reconhecendo-se as dificuldades no sistema de orientação de referência e contrarreferência nos serviços assistenciais de saúde, realidade percebida na participação de conselhos gestores locais e na experiência profissional na área hospitalar, objetiva-se com este estudo verificar como é estabelecido o sistema de referência de usuários do SUS internados em um hospital universitário no Sul do Brasil.

## METODOLOGIA

O estudo é de caráter descritivo-exploratório e tem como foco os processos de referência e contrarreferência de usuários no sistema de saúde no nível local. Realizaram-se entrevistas com a aplicação de questionário constituído de perguntas fechadas, com pessoas de 18 anos ou mais, internadas no referido hospital universitário.

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) e Unidade de Clínica Médica (UCM), do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. (HU), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Rio Grande é uma cidade portuária localizada no Sul do Estado do Rio Grande do Sul, com cerca de 190 mil habitantes e uma população economicamente ativa de 80 mil pessoas<sup>(10)</sup>. Possui 18 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), que assistem 61.012 habitantes, chegando a 31% da população total<sup>(11)</sup>.

Os dados foram coletados no período de 31 dias seguidos entre os meses de março e abril de 2008 junto a usuários de 18 anos ou mais de idade, internados no SPA ou UCM, do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. (HU).

A coleta dos dados ocorreu diariamente e foram feitas identificações das internações ou reinternações. O usuário internado foi contatado e esclarecido sobre o estudo. Ao concordar em

participar, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>(12)</sup>.

O questionário foi constituído de perguntas para identificar prioritariamente a cidade e bairro onde reside; se foi encaminhado por profissional ou instituição de saúde; horário da internação; internações anteriores no HU com ou sem encaminhamento; primeiro lugar que procura quando necessita de atendimento de saúde e capacidade de comentar sobre a ESF.

Os dados obtidos foram inseridos em planilhas do aplicativo Microsoft Excel®, sendo realizadas posteriormente as análises descritivas com frequências absolutas e relativas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, conforme Parecer nº26/2008.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa obteve a aceitação de todos os 93 usuários adultos internados no período, dos quais 48 (51,6%) eram do sexo masculino e 45 (48,4%) do feminino.

Quanto às faixas etárias, os dois picos de internações foram entre 30 e 39 anos e 70 e 79 anos, com 17 internações para cada uma destas faixas etárias. Foram identificados usuários em sua fase ativa dentro de padrões laborais (Tabela 1), mas também em idades acima de 70 anos, o que sugere patologias relacionadas à idade e à cronicidade de algumas doenças.

**Tabela 1.** Usuários internados por faixa etária, SPA e UCM/HU, março/abril, Rio Grande, 2008.

Faixa Etária (anos)	Número de usuários	%
18-29	11	11,9
30-39	17	18,3
40-49	15	16,1
50-59	14	15,0
60-69	13	14,0
70-79	17	18,3
80-89	4	4,3
90-99	2	2,1
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

A unidade com maior número de internações foi o SPA, com 90,3%. A UCM teve 9,7% de internações, confirmando o SPA como uma importante porta de entrada no sistema para os usuários do SUS. A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de

entrada” mais importante para o sistema de saúde. Os hospitais públicos ou privados, por meio dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios, continuam como a principal “porta de entrada”<sup>(3)</sup>.

Os usuários residentes no município do Rio Grande\RS demandaram o maior número de internações, 83 (89,2%), seguindo-se São José do Norte/RS, com cinco (5,4%), Santa Vitória do Palmar/RS, Arroio Grande\RS, Piratini/RS, Canguçu/RS e Encruzilhada do Sul/RS, cada um com um (1,1%).

O fato de a instituição de saúde estar localizada no município de Rio Grande pode justificar o percentual de 89,2% das internações de usuários deste município. Os dados revelam que o HU é uma alternativa quando há necessidade de uma assistência hospitalar para a cidade de São José do Norte, considerando-se sua proximidade ao município do Rio Grande.

Os demais municípios estão mais distantes geograficamente, porém, em termos de estrutura de saúde, encontram-se vinculados ao de Rio Grande pela referência regional. Esta articulação confirma as ações propostas no Pacto pela Gestão, em que os recortes territoriais devem ser organizados em uma rede de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado<sup>(5)</sup>.

Vila da Quinta foi o bairro de Rio Grande com maior número de internações, com nove (9,7%) usuários internados. Este bairro dista cerca de 20 quilômetros do centro do município e possui três equipes de ESF atuando em sua área, que conta hoje com uma população estimada de aproximadamente 13.000 habitantes.

O resultado apresentado pelo centro da cidade, com 8,6% de internações, reflete condições de facilidade de acesso e deslocamento até os centros de referência e serviços. Outro ponto relevante para a análise é que a ESF não tem atuação nesta área do município, fato que pode gerar uma demanda que, na maioria das vezes, não procura os serviços da rede básica de saúde, nem mesmo possui vínculo com estes serviços e, conseqüentemente, reflete um fluxo direto de usuários ao HU sem o referenciamento da rede básica.

Outros bairros da cidade apresentaram um menor percentual de moradores internados: São Miguel, 7,5%; Cidade Nova, 6,5%; Castelo II e Parque Marinha, 4,3% cada um; os bairros Getúlio Vargas e São João, 3,2% internações cada um, entre outros com menor percentual.

Entre os diagnósticos mais frequentes de internação aparecem: AIDS, com 9,7%; infecção do trato urinário (ITU), com 9,7%; litíase, com 8,6%; câncer, com 8,6%; acidente vascular cerebral, com 7,5%; pneumonia, com 5,4%; diabetes *mellitus*, com 5,4%, e cirrose ou alguma hepatopatia, com 4,3%, além de outros diagnósticos de internação com percentuais menos expressivos.

Deve-se levar em consideração que o HU é referência regional em atendimento a usuários com HIV/AIDS; portanto é esperada a ocorrência de um número significativo de internações por este diagnóstico. Alguns usuários sabem desta qualificação do HU e vieram para este hospital porque ele é referência para sua patologia; já outros responderam que preferem vir pela satisfação do atendimento que recebem.

Pela ordem decrescente, foram os seguintes os horários em que os usuários procuraram o HU e respectivos percentuais de internação: das 12 às 18 horas, com 53,8% das internações; das 18 às 24 horas, com 22,6%; das 06 às 12 horas, com 20,4%; e o das 24 às 06 horas, com 3,2% das internações. Cabe salientar que as UBSF no município atendem de segunda-feira a sexta-feira, das 8 às 12 horas e das 13:30 às 17:30 horas.

Podemos considerar que, no município de Rio Grande, ainda não se consegue realizar um referenciamento ao nível hospitalar que organize o fluxo e acompanhe o tratamento dos usuários nos serviços que eles acessam. Isto é percebido no SPA durante o turno das 12 às 18 horas, com superlotação na unidade e reflexos na atenção e acolhimento a estes clientes.

Para 3,2% dos usuários, o encaminhamento da UBSF de seu bairro para consultar no HU foi feito por orientação verbal; para 23,7%, pelo boletim de referência e contrarreferência ou um documento assemelhado; e 73,1% responderam que não foram referenciados para o hospital.

A utilização do boletim de referência e contrarreferência nas instituições de saúde serve

para auxiliar na conduta e organização da rede de assistência. Em 2007, no município de Rio Grande/RS, iniciou-se a organização do fluxo de usuários das unidades básicas de saúde (UBSs) para o nível ambulatorial ou especialidades com a utilização obrigatória do boletim de referência e contrarreferência para o encaminhamento<sup>(13)</sup>. Nestes casos, os usuários são referenciados para o nível ambulatorial ou especialidades e posteriormente retornam à UBS de origem com os registros no boletim dos procedimentos realizados e resultados, garantindo, assim, a integralidade tanto do serviço como da assistência prestada.

Observamos que 73,1% não receberam nenhum tipo de referenciamento ao nível hospitalar, portanto sua porta de entrada no sistema foi o SPA. Vale destacar que este serviço não possui nenhum histórico prévio deste usuário; ele realiza os cuidados, procedimentos necessários e internações e depois o “devolve” sem o encaminhamento necessário ou contrarreferência. Isto foge à lógica de manter o usuário assistido e acompanhado em todos os níveis para promover a integralidade na assistência prestada, ordenar e planejar as estratégias de monitoramento que resultam no auxílio à gestão e no direcionamento e aplicação de recursos com racionalidade.

O HU foi citado por 41,9% dos usuários como o primeiro lugar procurado quando necessitam de atendimento de saúde. A UBSF é tida como a primeira opção por 32,3% dos usuários. As demais alternativas assinaladas foram: o hospital de seu próprio município; convênios; a farmácia; o Hospital do Coração de Rio Grande, chás, benzedeiras e UBS de sua cidade.

A procura por uma assistência que apresente a resolubilidade faz com que, ainda hoje, as unidades de pronto-atendimento dos hospitais sejam o primeiro lugar de escolha dos usuários, tornando o serviço uma importante porta de entrada no sistema. Estudo realizado em uma cidade do Estado do Paraná identificou que a maioria dos entrevistados (60,5%) procurou inicialmente atendimento no pronto-atendimento no hospital universitário local, por razões ligadas à conveniência de utilização do serviço<sup>(14)</sup>.

Mais recentemente, estudo realizado em 2005 em dois municípios de pequeno porte na Zona da

Mata, no Estado de Minas Gerais, apontou que, para os usuários que responderam que o Programa de Saúde da Família (PSF) é, em algum sentido, melhor que as demais unidades de saúde, o motivo central foi a proximidade da unidade de PSF do domicílio. Os que preferiam outras unidades ao PSF, tiveram como motivo haver mais médicos nos outros centros de saúde ou estes disporem de especialistas<sup>(15)</sup>.

A ESF começa a apresentar resultados de eficácia quando aparece, no presente estudo, como o segundo recurso mais procurado. Considerando-se a área de abrangência deste modelo de atenção, que hoje apresenta uma cobertura de aproximadamente 37% da área geográfica do município, o estudo mostra que a ESF é conhecida por 37,6% dos usuários entrevistados, os quais foram inclusive capazes de comentar o que sabiam sobre ela. Há também 18,3% que responderam que conheciam, mas não conseguiram definir ou expressar o que é a Estratégia, e 44,1% responderam que não a conheciam. Destarte, o número dos que não conseguem definir a ESF e dos que não a conhecem é maior do que o daqueles que a conhecem.

Diante do exposto, deve-se levar em consideração que reconhecer os serviços de saúde e os serviços de referência, até para profissionais da saúde, torna-se por vezes impreciso e difícil. A expectativa é que, com a ESF, ocorram o fortalecimento da atenção básica, a ampliação do acesso e a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da saúde<sup>(6)</sup>. Destaca-se, neste contexto, a importância de conhecer a avaliação da população assistida pela ESF quanto ao atendimento oferecido e, diante desta avaliação, intervir na forma de organização dos serviços visando ao seu aprimoramento<sup>(16)</sup>.

Os dados apresentam que 59,1% dos participantes do estudo estiveram internados no HU nos últimos cinco anos, confirmando que os serviços em nível hospitalar recebem um considerável fluxo. A intensificação da monitoração e acompanhamento dos usuários em seus bairros pelas UBSFs poderia minimizar o número de internações, pois, segundo a bibliografia, os levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela atendida nos prontos-socorros mostram que a

maioria dos atendimentos é de casos que poderiam ser resolvidos no nível das unidades básicas de saúde<sup>(3)</sup>.

O Programa Saúde da Família pode, assim, ser considerado o espaço das práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde. Esta nova lógica de atuação não deve se limitar a ESF, mas, sim, disseminar-se por todos os serviços, desde as UBS até as unidades hospitalares<sup>(17)</sup>.

Neste sentido, destacamos a questão da valorização e abrangência dos programas que auxiliam no trabalho na rede básica de saúde como ESF, pois 7,5% dos participantes do estudo responderam ter sido referenciados para internação no HU nos últimos cinco anos, enquanto no período do estudo o percentual de encaminhamento destes sobe para 23,7%; ou seja, hoje triplicaram os casos de internação com encaminhamento ao serviço hospitalar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O encaminhamento ao nível hospitalar no município de Rio Grande não é de fato algo fundamentado. Isto é evidenciado quando os dados mostram que 73,1% dos usuários deste estudo não receberam nenhum tipo de encaminhamento para atendimento ao nível hospitalar. No entanto, a gestão municipal caminha para o aperfeiçoamento deste sistema, pois já opera em nível ambulatorial e de especialidades, além de manter um permanente estudo com o HU sobre a abrangência e a necessidade de consultas, podendo, assim, avaliar periodicamente a importância deste recurso para o planejamento em saúde.

A ESF é uma aliada para a articulação da implementação do sistema a nível hospitalar, pois a expansão de sua abrangência para o nível municipal já se reflete na comunidade por uma aproximação e acolhimento, quando 32,3% dos participantes do estudo apontam-na como primeira escolha para o atendimento em saúde. O reconhecimento da ESF dentro das comunidades é evidenciado quando 37,6% dos participantes do estudo se sentiram capazes de comentar o que sabiam da Estratégia.

Uma necessidade do serviço do HU é sua qualificação para a utilização do boletim de encaminhamento. O SPA realiza diversas

consultas médicas, inclusive com observação médica, realização de exames diagnósticos e administração de medicamentos, porém os usuários, após serem atendidos, retornam para suas UBSFs de origem com encaminhamento verbal ou sem nenhuma orientação para continuar o seu tratamento ou acompanhamento.

A sugestão é que os usuários saiam do serviço hospitalar com o boletim de referência e contrarreferência encaminhando-os para os serviços que sejam necessários à sua recuperação, para garantir-lhes a consulta nestes locais, diminuir reinternações ou evitar a realização de exames desnecessários, com vista a potencializar a rede de assistência formada, dando suporte para que esta planeje e organize sua demanda e expansão.

Outro dado que se deve considerar diz respeito aos horários de maior fluxo de usuários no serviço, pois 53,8% deles precisaram vir para o hospital no período entre as 12 e as 18 horas. Neste sentido, faz-se necessário que a gestão do HU planeje a organização desta unidade

considerando a qualificação e a ampliação do quadro de pessoal para prestar a assistência a uma demanda expressiva e estabeleça critérios de avaliação dos usuários atendidos e dinamismo nos casos de urgência e emergência. É necessário também que as UBSFs revejam seus horários de atendimento para adequá-los à necessidade dos usuários.

O reconhecimento da rede básica de saúde como espaço privilegiado para acompanhamento e tratamento aos indivíduos e comunidades deve acompanhar o planejamento de gestão e administração municipal, para garantir que o acesso a estes locais proporcione o resultado esperado, com qualidade e acolhimento.

Assim, o presente estudo poderá colaborar para que os profissionais da área percebam os serviços de saúde não como unidades fragmentadas e isoladas em rede básica e rede hospitalar, mas sim, como estratégias que estão fortemente inter-relacionadas, mesmo sendo visualizadas com mais clareza nas demandas dos ambientes hospitalares.

---

## REFERENCE OF SUS USERS FOR A UNIVERSITY HOSPITAL IN SOUTHERN BRAZIL

### ABSTRACT

The study aims to provide links between Health Basic Units and Hospital Service considering the reference as a way to propose the integrality of assistance by analyzing the entrance door of users of the Sistema Único de Saúde (SUS) (the Brazilian National Healthcare System). This is a descriptive study which has used a University Hospital in southern Brazil as a location in March and April of 2008. We interviewed 93 users who were hospitalised. These interviews were composed by closed questions. Results showed that 73.1% of the users were not referenced for the hospital level. The Family Health Basic Units (FHBU) submitted a reference bulletin or a similar document to 23.7% of the users. That shows an improvement in this kind of service comparing with the last five years. The conclusion is that the reference for the hospital level in Rio Grande/RS is not something consistent and that the Family Health strategy is helpful to the implementation of the system at a hospital level.

**Key words:** Health Services Accessibility. Single Health System. Health Management. Health Planning.

---

## REFERENCIAMIENTO DE LOS USUARIOS DEL SUS PARA UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN EL SUR DE BRASIL

### RESUMEN

El estudio busca verificar de qué manera es establecido el sistema de referencia de los usuarios del SUS internados en un Hospital Universitario en el sur de Brasil. Intenta establecer vínculos entre las Unidades Básicas de Salud y Servicio Hospitalario, teniendo en cuenta el referenciamiento como manera de proporcionar la integralidad de la asistencia, analizando la puerta de entrada de los usuarios en el Sistema Único de Salud. Fue realizado un estudio descriptivo exploratorio acerca de los procesos de referencia y contrarreferencia de los usuarios del sistema de salud a nivel local, en los meses de marzo y abril de 2008. Fueron realizadas entrevistas con 93 usuarios internados, los cuales fue aplicado cuestionario constituido de preguntas cerradas. Fue encontrado que 73,1% de los usuarios no fueron referenciados para el nivel hospitalario. Las Unidades Básicas de Salud de la Familia (UBSF) publicaron un boletín de referencia u otro documento similar para 23,7% de los usuarios, mostrando una mejora en el servicio en comparación con los últimos cinco años. Concluyese que referenciamiento en el nivel hospitalario, en el municipio de Rio Grande/RS, no es de facto algo fundamentado, y que la estrategia de Salud de la Familia es una aliada para la implementación del sistema a nivel hospitalario.

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud. Sistema Único de Salud. Gestión en Salud. Planificación en Salud.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
2. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2003;8(2):569-84.
3. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: Brasil. Ministério da Saúde. VER-SUS/Brasil: caderno de textos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. p. 90-106.
4. Juliani CMC, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev Esc Enferm. USP.* 1999;33(4):323-33.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS, e de gestão. Brasília: (Serie A. Normas e manuais técnicos), 2006. p.18-19.
6. Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc. saúde colet.* 2005;10(2):323-31.
7. Machado CV. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Rev Panam Salud Publica.* 2006; 20(1):44-9.
8. Ronzani TM, Stralen CJV. Dificuldades de implementação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. *Rev APS.* 2003;6(2):99-107.
9. Campos GWS, Gutiérrez AC, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, editores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 132-53.
10. Rio Grande. Secretaria Municipal de Coordenação e Planejamento. Plano Estratégico Municipal de Rio Grande 2005 – 2010 [Acesso 2009 Maio 28]. Disponível em: [http://www.riogrande.rs.gov.br/internet/ver.php?salvar=true&arq=download/PMRG\\_41d03140d78f3-Relatorio\\_Plano\\_Estrategico\\_de\\_Rio\\_Grande.pdf](http://www.riogrande.rs.gov.br/internet/ver.php?salvar=true&arq=download/PMRG_41d03140d78f3-Relatorio_Plano_Estrategico_de_Rio_Grande.pdf).
11. Brasil. datasus. Departamento de Informática do SUS. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Município do Rio Grande-RS. Indicadores da Atenção Básica. [Acesso 2009 Maio 28]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4(2):15-25.
13. Rio Grande. Secretaria Municipal da Saúde. Ordem de Serviço Nº 004 de 23 de maio de 2007. Dispõe sobre o sistema de referenciamento das Unidades Básicas de Saúde para consultas ambulatoriais e especialidades [Mimeografado]. Rio Grande: SMS-RG, 2007.
14. Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Cienc Cuid saúde.* 2002;1(1):129-34.
15. Ronzani TM, Silva CM. O programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008;13(1):23-34.
16. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(1):27-34.
17. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface – comunicação, saúde, educação.* 2001;(9):133-41.

---

**Endereço para correspondência:** Marcos Aurélio Matos Lemões. Rua Dr. João Moreira, 672, CEP 96222-000, Rio Grande, Rio Grande do Sul. E-mail: marcos.lemoes@pop.com.br

**Data de recebimento:** 02/09/2008

**Data de aprovação:** 29/06/09