

AVALIAÇÃO DA ADEQUABILIDADE DOS ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA DE UM HOSPITAL ESCOLA EM CURITIBA.

SUITABILITY OF BASIC ATTENTION FORWARDING TO THE ENDOCRINOLOGY SERVICE OF A SCHOOL HOSPITAL IN CURITIBA.

Natalie Parrilha **LOGULLO**¹, Gabriela Miri **ORTIZ**¹, Renan **YASSIM**¹,
Mariana Stall **SIKORA**¹, Marcos Vinicius **DELMONEGO**¹, Eliane Mara Cesário Pereira **MALUF**².

Rev. Méd. Paraná/1587

Logullo NP, Ortiz GM, Yassim R, Sikora MS, Delmonego MV, Maluf EMCP. Avaliação da Adequabilidade dos Encaminhamentos da Atenção Básica Para o Serviço de Endocrinologia de um Hospital Escola em Curitiba. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2021;79(1):40-45.

RESUMO - As grandes filas de espera para atendimento nos consultórios de especialistas são uma realidade no país. As deficiências na coordenação do fluxo de pacientes entre os níveis de atenção contribuem para esse problema. Esse estudo busca avaliar e quantificar a necessidade dos encaminhamentos da atenção primária à saúde para o ambulatório de endocrinologia do serviço de referência. Foram analisados prontuários de pacientes atendidos no serviço de endocrinologia do Hospital Cruz Vermelha Brasileira - Curitiba, entre 2016 e 2018. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo. Os dados evidenciaram uma prevalência de encaminhamentos inadequados, variando de acordo com a comorbidade que motivou a consulta, variando de 90,2% de inadequação no hipotireoidismo e 0% no hipertireoidismo. A taxa de encaminhamentos inadequados foi elevada, indicando a necessidade de melhorar a resolutividade da atenção primária e a organização do fluxo de encaminhamento de pacientes entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES - Sistema Único de Saúde, Endocrinologia, Atenção Primária à Saúde, Encaminhamento e consulta.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado na Constituição Federal de 1988, seu artigo 196 assegura que “A saúde é direito de todos e dever do Estado...”¹. Posteriormente, regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142/90, o SUS é organizado em três níveis de atenção à saúde: a atenção básica, de baixa complexidade; a atenção de média complexidade; e a atenção de alta complexidade^{2,3}.

A Atenção Primária à Saúde (APS), exemplificada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tem como principal objetivo a prevenção de doenças, a promoção de saúde e o tratamento de agravos mais frequentes, enquanto, em casos mais focais e refratários realiza-se o encaminhamento para outro nível de atenção. Desse modo, a APS deve ser capaz de

resolver a maior parte dos problemas de saúde, cerca de 85%, dos restantes, 10% seriam responsabilidades da atenção secundária e 5% aos serviços de alta complexidade ou terciários⁴.

A resposta coordenada e integral às demandas de saúde, viabilizada por meio de uma rede de atenção, é um atributo essencial da APS⁵. Em uma tentativa de organizá-lo, surge o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), advindo do antigo Programa de Saúde da Família (PSF), como uma proposta de avançar com o Programa Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006⁶. A PNAB assumiu o programa ESF como uma estratégia de fortalecer a assistência multiprofissional, colocando essa equipe como porta de entrada do sistema e da coordenação da rede de cuidado⁷.

Entretanto, é notável uma sobrecarga na aten-

Trabalho realizado no Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná.

1 - Acadêmico(a) de medicina da Universidade Positivo.

2 - Doutora em Clínica Médica pela UFPR, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPR; graduação em medicina e especialização em pediatria pela UEL.

ção secundária, na qual muitas vezes o tempo de espera para a consulta com um médico especialista pode demorar meses ou anos⁸. A sobrecarga aumenta ainda mais, considerando que grande parte dos pacientes que são encaminhados incorretamente continuam o tratamento no especialista, ocupando uma grande quantidade das vagas com retornos, ao invés de voltar à UBS contra-referenciados^{8,9}.

A coordenação da atenção proposta pela ESF, estabelecida pela Rede de Atenção de Saúde (RAS), propõe um fluxo multidirecional dentro do sistema de saúde, tendo a APS como centro. Para isso, um elemento chave é o sistema de Referência e Contrarreferência (RCR), que propõe um encaminhamento mútuo entre os níveis de atenção¹⁰. Aplicando esse conceito, após o diagnóstico e o tratamento combinado, sempre que possível esses pacientes devem retornar à UBS para dar continuidade ao acompanhamento e, posteriormente, retornar ao especialista caso necessário.

Para a análise da necessidade dos encaminhamentos do fluxo APS-Especialista, foi necessário a busca de um parâmetro bem delimitado de critérios, que pudesse ser aferido de forma rápida e barata, e ainda, com respaldo técnico-científico do órgão competente, o Ministério da Saúde (MS). Atendendo esses critérios, foram utilizados os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: endocrinologia e nefrologia na análise dos encaminhamento oriundos da APS ao Hospital da Cruz Vermelha em Curitiba¹¹. O protocolo estabelece os critérios de encaminhamento das seis doenças endocrinológicas mais comuns - bócio multinodular, diabetes mellitus; hipertireoidismo, hipotireoidismo, nódulo de tireoide e obesidade -, as quais foram o foco do estudo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo, realizado no *Hospital da Cruz Vermelha – Paraná (HCV-PR)*, um hospital escola de alta complexidade, vinculado à Universidade Positivo, da cidade de Curitiba, que realiza 60% do atendimento ambulatorial pelo SUS.

Foi avaliado o universo de prontuários de pacientes encaminhados da APS para o ambulatório de endocrinologia do HCV-PR no período de 2016 a 2018. Desse universo, foram incluídos no estudo todos os pacientes provenientes da atenção básica, dentro do período estudado, com um dos seguintes diagnósticos: bócio multinodular, *Diabetes Mellitus*, hipertireoidismo, hipotireoidismo, nódulo de tireoide ou obesidade. Os critérios de exclusão foram: prontuários duplicados, pacientes com o primeiro atendimento antes de 2016 ou após 2018, paciente encaminhado por outros meios que não a APS, paciente com doença diferente das seis supracitadas, sendo elas endócrinas ou não, prontuários com dados insuficientes para análise e pacientes que apresentassem duas ou mais das doenças analisadas.

Os dados dos prontuários incluídos, foram coletados em planilhas no Microsoft Excel® e analisados separadamente, de acordo com o diagnóstico apresentado. Os critérios utilizados no trabalho foram os apresentados no “Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica Para a Atenção Especializada – Endocrinologia” do Ministério da Saúde¹¹.

Como parâmetro geral e para todos os prontuários analisados, foram coletados os seguintes dados: sexo, idade, raça, peso e índice de massa corporal (IMC). Para cada doença dados específicos foram coletados:

- A. Bócio Multinodular: Dosagem do hormônio estimulador da tireoide (TSH), tamanho, volume e características do bócio de acordo com a ecografia;
- B. Diabetes Mellitus: Dose de insulina usada pelo paciente, dosagem de hemoglobina glicada, dosagem de creatinina sérica;
- C. Hipertireoidismo: Dosagem de TSH, T4 livre, T4 total e dose de metimazol ou propiltiouracil, se em uso;
- D. Hipotireoidismo: Dosagem de TSH, T4 livre, T4 total e dose de levotiroxina;
- E. Nódulo de tireoide: Dosagem de TSH e característica e tamanho do nódulo de acordo com a ecografia;
- F. Obesidade: Suspeita de obesidade secundária sem relação medicamentosa.

A análise de adequação foi feita com base nas condições clínicas especificadas no protocolo¹¹ para cada doença, sendo elas:

- A. Bócio multinodular:
 - TSH diminuído;
 - nódulo com indicação de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), quando ainda não realizado;
 - sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade;
 - indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande ou em crescimento).
- B. *Diabetes Mellitus*:
 - paciente em uso de insulina em dose otimizada (mais de uma unidade por quilograma de peso);
 - insuficiência renal crônica (creatinina > 1,5 mg/dl);
 - paciente com *Diabetes Mellitus* tipo 1 (uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos).
- C. Hipertireoidismo: todos os pacientes devem ser encaminhados.
- D. Hipotireoidismo:
 - suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo; T4 livre ou total baixo);
 - paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração do metabolismo/absorção de T4.
- E. Nódulo de tireoide:

- TSH diminuído;
- nódulos sólidos com mais de 1 cm (encaminhar para PAAF quando não realizada);
- história clínica, exame físico ou características do nódulo suspeito para malignidade (encaminhar para PAAF quando não realizada);
- sinais e sintomas compressivos ou com suspeita para malignidade (dispneia; rouquidão; tosse; disfagia; adenomegalias patológicas).

F. Obesidade:

- pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico).

Para definir a adequabilidade do encaminhamento foi avaliada a presença das condições supramencionadas, se o paciente apresentasse pelo menos uma delas o processo era considerado adequado, caso contrário, inadequado.

Usando os dados coletados e as indicações do Protocolo¹¹, analisamos pelos programas Excel e *Statistical Package for the Social Sciences 20.0®* (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) a adequação dos encaminhamentos e as prevalências em relação às doenças, idade, sexo e raça dos pacientes.

RESULTADOS

No estudo foram analisados 768 prontuários, sendo que 328 foram incluídos no trabalho (42,7%). Dos 440 excluídos, os principais motivos foram: data inicial anterior à 2016 (25,8%), pacientes com dados insuficientes no prontuário (22,5%) e consultas por outras doenças que não são endocrinológicas (19,5%). Os outros motivos de exclusão foram pacientes encaminhados por outros meios que não a unidade básica de saúde (15%), pacientes com prontuários duplicados (6,8%), outras doenças endocrinológicas que não são as seis selecionadas para o estudo (6,6%), pacientes com duas ou mais das seis doenças incluídas (2,7%), e pacientes com prontuários em branco (1,1%).

A amostra (328 pacientes) teve predomínio do sexo feminino (79,9%). Houve uma maior prevalência de brancos (88,2%) e 2,1% não tinham raça especificada no prontuário. A figura 1 mostra a prevalência de sexo e raça de acordo com cada doença estudada.

FIGURA 1: DADOS DE RAÇA E SEXO POR DOENÇA (N=328), COLETADOS NO HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA, DE CURITIBA (PR) EM 2019, REFERENTE AO PERÍODO DE 2016 A 2018.

	Raça (%)				Sexo (%)	
	Branco	Morenos	Negros	Sem dado	Feminino	Masculino
Bócio Multinodular (n = 17)	82,4	17,6	0,0	0,0	94,1	5,9
Diabetes Mellitus (n=119)	87,4	9,2	0,0	3,4	58,8	41,2
Hipertireoidismo (n=28)	82,2	14,2	0,0	3,6	82,1	17,9
Hipotireoidismo (n=92)	94,6	4,3	0,0	1,1	93,5	6,5

Nódulo de Tireoide (n=45)	93,3	6,7	0,0	0,0	100	0,0
Obesidade (n=27)	70,4	18,5	7,4	3,7	81,5	18,5
TOTAL	88,2	9,1	0,6	2,1	79,9	20,1

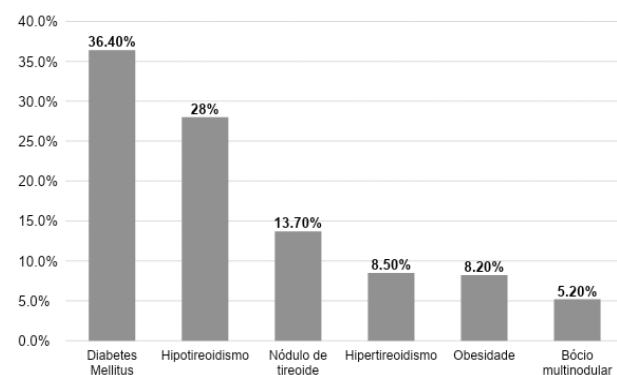
A média de idade da população foi de 51,56 anos, com desvio padrão de 15,89, a mediana de idade foi 54 anos, sendo a idade mínima encontrada 16 anos e a máxima 90 anos. Para melhor avaliar a relação etária, dividimos os pacientes em 3 grupos etários, menores de 40 anos, de 40 a 60 anos e acima de 60 anos, conforme mostra a figura 2. A maioria dos pacientes permaneceu nas faixas de 40-60 anos (40,2%). O grupo com menor número de pacientes, foi o menor de 40 anos, com 23,3% e o grupo de maiores de 60 anos representou 36,6% da amostra. O estudo, em geral, trabalhou com uma população mais madura, visto que 76,8% dos pacientes tinham idade igual ou superior a 40 anos.

FIGURA 2: DADOS DE FAIXA ETÁRIA (N=328), COLETADOS NO HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA, DE CURITIBA (PR) EM 2019, REFERENTE AO PERÍODO DE 2016 A 2018.

FAIXA ETÁRIA (anos)	<40 (%)	≥40 – 60 (%)	≥60 (%)
Bócio Multinodular (n = 17)	17,7	17,7	64,6
Diabetes Mellitus (n=119)	12,6	38,6	48,8
Hipertireoidismo (n=28)	25,0	50,0	25,0
Hipotireoidismo (n=92)	25,0	48,9	26,1
Nódulo de Tireoide (n=45)	28,9	37,8	33,3
Obesidade (n=27)	55,5	25,9	18,6
TOTAL	23,2	40,2	36,6

A doença com maior frequência no ambulatório foi a *Diabetes Mellitus* com 36,4%, seguida do hipotireoidismo com 28%. As outras doenças, em ordem de frequência, foram nódulo de tireoide (13,7%), hipertireoidismo (8,5%), obesidade (8,2%), e bócio multinodular (5,2%). A distribuição percentual das doenças estudadas está apresentada na Figura 3.

FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS DOENÇAS AVALIADAS (N=328), EM RELAÇÃO À DADOS COLETADOS NO HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA, DE CURITIBA (PR) EM 2019, REFERENTE AO PERÍODO DE 2016 A 2018.



A doença com o maior número de encaminhamentos inadequados foi o hipotireoidismo ($p < 0,0001$) com

90,2% de inadequação e apenas 9,8% de encaminhamentos adequados. A *Diabetes Mellitus* ($p=0,012$) foi a segunda doença com maior inadequação nos encaminhamentos, sendo 66,4% dos encaminhamentos inadequados e 33,6% adequados. A obesidade ($p=0,412$) apresentou 63% dos encaminhamentos inadequados e 37% adequados; nódulos de tireoide ($p=0,202$) 35,6% inadequados e 64,4% adequados, e o bócio multinodular ($p=0,007$) com 5,9% inadequados e 94,1% adequados. Por fim, a doença com maior número de encaminhamentos adequados foi o hipertireoidismo com 100% deles sendo adequados, já que, segundo o protocolo, todo paciente com hipertireoidismo deve ser encaminhado para o especialista. Considerando as seis doenças estudadas, dos 328 prontuários analisados, 59,8% dos encaminhamentos foram inadequados e 40,2% foram adequados. Os dados de adequabilidade dos encaminhamentos estão descritos na figura 4.

FIGURA 4: ADEQUABILIDADE DOS ENCAMINHAMENTOS (N=328), EM RELAÇÃO À DADOS COLETADOS NO HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA, DE CURITIBA (PR) EM 2019, REFERENTE AO PERÍODO DE 2016 A 2018.

ENCAMINHAMENTO	Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%
Bócio Multinodular	16	94,1	1	5,9
Diabetes Mellitus	40	33,6	79	66,4
Hipertireoidismo	28	100,0	0	0,0
Hipotireoidismo	9	9,8	83	90,2
Nódulo de Tireoide	29	64,4	16	35,6
Obesidade	10	37,0	17	63,0
TOTAL	132	40,2	196	59,8

DISCUSSÃO

A comunicação entre os pontos de atenção à saúde, principalmente entre a APS e a atenção especializada, é frágil. A debilidade da coordenação de fluxo dos pacientes causa congestionamento nas agendas dos especialistas e retenção de pacientes crônicos que poderiam retornar para a APS, dificultando a entrada de novos pacientes na agenda dos especialistas¹². Nessa perspectiva, esse estudo demonstrou que 59,8% das consultas realizadas no serviço de endocrinologia foram classificadas como inadequadas de acordo com o Protocolo de Encaminhamento do Ministério da Saúde¹¹.

Observou-se ainda uma grande diferença entre a pertinência dos encaminhamentos das comorbidades estudadas, as doenças mais prevalentes no estudo, Diabetes Mellitus e hipotireoidismo, foram as com maior número de encaminhamentos inadequados, 66,4% e 90,2%, respectivamente. Logo, o maior volume de consultas foi responsável pela maioria dos encaminhamentos inadequados, indicando que a sobrecarga na atenção secundária poderia ser evitada, visto que condições sensíveis à APS estão sendo encaminhadas incorretamente. Embora as demandas apresentadas na

APS sejam mais frequentes, elas não simples, mas sim de extrema complexidade³; dessa forma, para manter a coordenação da atenção à saúde é necessária uma educação continuada para os profissionais atuantes, assim encaminhamentos inadequados poderiam ser evitados. A educação médica permanente consiste em conhecer e compreender novas evidências científicas para aprimorar o cuidado com os pacientes, dentro dessa ideia foram desenvolvidos diversos programas de educação permanente dentro do SUS¹³. O Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP), implementado em MG, teve como objetivo melhorar a resolutividade da APS e criar um aperfeiçoamento contínuo da prática profissional; os profissionais que participaram do programa tiveram uma percepção positiva do projeto, demonstrando a possibilidade de mudar sua prática clínica, além de uma alta satisfação pessoal e interesse em continuar a fazer parte do programa¹³.

Em âmbito nacional, foi implantado - em 2017 - o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), que visava estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área de saúde, para melhorar a prática de saúde e o atendimento dos princípios fundamentais do SUS. O financiamento do PRO EPS-SUS é Federal, com repasse financeiro direto aos municípios para as ações de educação permanente em saúde, sendo que o planejamento e elaboração das ações são de responsabilidade estadual e municipal¹⁴.

Outra iniciativa de educação médica permanente é a telessaúde ou teleconsultoria, que tem como objetivo desenvolver intervenções para apoio às equipes da APS por meio de educação permanente à distância¹⁵, permitindo acesso à melhor evidência científica disponível, adaptada à realidade local e seguindo os princípios do SUS¹⁶. São disponibilizados serviços de tele-educação, telediagnóstico, segunda opinião formativa e teleconsultoria¹⁵.

A criação de protocolos e diretrizes para guiar a necessidade de encaminhamentos, podem ser úteis e eficazes, porém apenas quando consensuado por profissionais de vários níveis de atuação diferentes. A adoção passiva de protocolos não melhora a qualidade do encaminhamento, portanto devem envolver diversos prestadores em suas elaborações e implantação¹⁷.

Outro fator que poderia influenciar no grande número de encaminhamentos é a formação dos profissionais que os fazem, a ESF ainda não está presente em todas as UBS do município, dessa forma nem todos os profissionais que atendem nas unidades são médicos de família e, de forma geral, os médicos de família costumam encaminhar menos do que clínicos gerais¹⁸. Desde a implementação da ESF, é encontrado um déficit de profissionais capacitados para a atuação nessa estratégia. Além disso, a maioria dos cursos de especialização foca no ensino sobre questões de saúde pública e saúde coletiva, deixando de lado os conhecimentos

e habilidades necessários em um médico que faz parte de uma equipe de ESF¹⁹. Portanto, outra solução para as problemáticas detalhadas, seria o incentivo aos médicos recém-formados de realizarem a residência em MFC.

Como a APS deve ser responsável pela resolução da maioria dos problemas de saúde, foi criado um indicador indireto da qualidade desse nível de atenção, baseado nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) - lista de 19 grupos de causas de internações -, que se tratadas adequadamente na APS poderiam ser evitadas. Dessa forma, pode-se estimar os gastos evitáveis relacionados a baixa resolutividade na APS. Em 2013, as despesas com as ICSAP somaram mais de 1,9 bilhões de reais, representando 17,4% dos gastos com todas as internações no país²⁰. Estudando o padrão das ICSAP de 1999 até 2007, Macinko et al. observaram uma redução nesse indicador ao longo dos anos e, associaram esse declínio à expansão da ESF. Além disso, em municípios com mais profissionais do programa ESF, as taxas de hospitalização por doenças crônicas foram 13% menores do que nos municípios menos engajados na ESF²¹. Assim, percebe-se que, com uma APS bem estruturada, é construído um sistema de saúde com melhor resolutividade e menos custos para o governo, além de atender melhor a população.

CONCLUSÃO

A maioria dos encaminhamentos em endocrinologia provenientes da atenção básica, analisados de acordo com o Protocolo de Encaminhamento do Ministério da Saúde¹¹, foram inadequados. Isso revela obstáculos importantes no sistema de referência entre os níveis de atenção à saúde. As doenças com mais inadequações, hipotireoidismo e Diabetes Mellitus, foram também as doenças mais referenciadas. Uma vez que é papel da atenção básica tratar essas doenças, o encaminhamento desse grande número de pacientes causa uma sobrecarga na atenção secundária. O excesso de encaminhamentos atrasa o atendimento daqueles que foram encaminhados corretamente e, além disso, uma resolutividade insuficiente da APS gera gastos excessivos para o sistema de saúde.

A literatura mostra que iniciativas como a educação médica continuada e a criação de protocolos tiveram bons resultados, porém a falta de pesquisas sobre o tema dificulta a busca por uma resposta definitiva para o problema. A expansão da ESF parece ser a melhor solução e, para as próximas gerações de médicos, o incentivo à especialidade de MFC é a saída para que compreendam integralmente o cuidado com os pacientes na APS e sintam-se seguros para atendê-los da melhor e mais completa forma possível dentro de seus deveres como médico generalista.

Logullo NP, Ortiz GM, Yassim R, Sikora MS, Delmonago MV, Maluf EMCP. Suitability Of Basic Attention Forwarding To The Endocrinology Service Of A School Hospital In Curitiba. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2021;79(1):40-45.

ABSTRACT - The long waiting lines for specialist medical appointments are a reality in the country. Deficiencies in coordinating patient flux between care levels contribute to this problem. This study aims to evaluate and quantify the need for referrals from primary health care to an endocrinology clinic of the reference service. Medical records of patients seen at the endocrinology service of Hospital Cruz Vermelha Brasileira - Curitiba, between 2016 and 2018, were analyzed. This is a retrospective descriptive study. The data showed a prevalence of inadequate referrals, varying according to the comorbidity that motivated the appointment, ranging from 90.2% of inadequacy in hypothyroidism and 0% in hyperthyroidism. In endocrinologic appointments, inadequate referrals' rates were high, indicating a need for larger resolution from primary care services and a better organized referral flux of patients between Unified Health System's levels of care.

KEYWORDS - Unified Health System, Endocrinology, Primary Health Care, Referral and Consultation.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
 2. Associação Paulista de Medicina. SUS: O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde. São Paulo: Atheneu. 2002.
 3. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2015.
 4. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Artes Médicas; 2018.
 5. Almeida PF de, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2011;29:84-95.
 6. Figueiredo EN de. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. Universidade Federal de São Paulo. 2015.
 7. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23:1903-1914.
 8. Spedo SM, Pinto NR da S, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20(3):953-972.
 9. Ezekowitz JA, Armstrong PW. The waiting game: facing the consequences. *CMAJ*. 2002;167(11):1247-1248.
 10. Serra CG, Rodrigues PH de A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:3579-3586.
-

11. Ministério da Saúde (Brasil), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Endocrinologia e Nefrologia. 2015.
 12. Ministério da Saúde (Brasil). Parâmetros para o planejamento e programação da Atenção Especializada - Seção F. 2014.
 13. Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais*. 2008;18:60-66.
 14. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. 2018.
 15. Maeyama MA, Calvo MCM. A integração do telessaúde nas centrais de regulação: a teleconsultoria como mediadora entre a atenção básica e a atenção especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2018;42(2):63-72.
 16. Ministério da Saúde (Brasil), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Manual de Telessaúde para a Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde: Protocolo de Telerregulação de Teleconsultorias. 2013.
 17. Almeida PF de, Gêrvas J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em debate*. 2013;37(98):400-415.
 18. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. 2015.
 19. Castro Filho ED de, Gusso GDF, Demarzo MMP, Stein A, Schneider JC, Dalla MDB, et al. A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a Estratégia Saúde da Família: proposta de especialização, em larga escala, via educação à distância. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2007;3(9):199-209.
 20. Souza DK, Peixoto SV. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017;26(2):285-294.
 21. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. *Health Affairs*. 2010;29(12):2149-2160.
-