

Avaliação quantitativa da necessidade de encaminhamentos das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde na cidade de Cascavel-PR a partir da estratificação por distrito epidemiológico

Quantitative assessment of the need for referrals from Family Health Units and Basic Health Units in the city of Cascavel-PR based on stratification by epidemiological district

Evaluación cuantitativa de la necesidad de referencias de las Unidades de Salud de la Familia y Unidades Básicas de Salud en la ciudad de Cascavel-PR con base en la estratificación por distrito epidemiológico

Recebido: 31/05/2023 | Revisado: 19/06/2023 | Aceitado: 21/06/2023 | Publicado: 26/06/2023

Michelly Tressoldi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2549-7757>
Faculdade Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: michellytressoldi@gmail.com

Dilson Fronza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4309-795X>
Faculdade Assis Gurgacz, Brasil
Email: fronzad@gmail.com

Alcy Bruno Grando

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4409-1795>
Faculdade Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: alcy_bruno@hotmail.com

Alana Ricieli Maffini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8684-0550>
Faculdade Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: armaffini@minha.fag.edu.br

Resumo

No presente estudo, buscou-se avaliar a desproporção dos números de encaminhamentos nos anos de 2017 a 2020 dos profissionais dos diferentes distritos epidemiológicos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em relação àqueles que trabalham nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cascavel-PR. Utilizou-se como base para o banco de dados os relatórios digitais/eletrônicos fornecidos pelo sistema de prontuários eletrônicos (IPM) do município de Cascavel dos anos de 2017 a 2020. A análise foi realizada de maneira transversal qualitativa e quantitativa dos encaminhamentos durante os anos do estudo, em maior destaque o acercamento quantitativo, por meio de análises estatísticas tabuladas, gráficos de barras e gráficos de pareto, utilizando a ferramenta Microsoft® Excel® 365.V16, para o teste de hipóteses da taxa da Poisson e intervalo de confiança, foi utilizado o Minitab® V.18.1, os testes foram aplicados com 95% de confiança. Resultados: Observou-se a existência de uma grande rotatividade de profissionais dentro da APS do município, fato que dificulta a análise dos dados. Ainda assim, foi possível observar que há resolutividade maior por parte das USFs quando comparadas as duas estratégias de saúde. Conclusão: levando em consideração os dados obtidos nesta pesquisa, pode-se concluir que USFs apresentam uma taxa de resolutividade maior que UBSs.

Palavras-chave: Atenção primária; Resolutividade; Encaminhamento; Distrito epidemiológico; Consultas.

Abstract

In this study, we sought to evaluate the disproportion of the numbers of referrals in the years 2017 to 2020 of professionals from different epidemiological districts that work in Basic Health Units (BHU) compared to those that work in Family Health Units (FHU) in the municipality of Cascavel-PR. The digital/electronic reports provided by the electronic medical records system (IPM) of the municipality of Cascavel from the years 2017 to 2020 were used as the basis for the database. The analysis was performed in a cross-sectional qualitative and quantitative way of referrals during the years of the study, in greater emphasis the quantitative approach, through tabulated statistical analysis, bar graphs and pareto charts, using the Microsoft® Excel® 365.V16 tool, for the hypothesis test of the Poisson rate and confidence interval, Minitab® V.18.1 was used, the tests were applied with 95% confidence. Results: It was observed the existence of a high turnover of professionals within the municipality's PHC (primary health care), a fact that

makes the data analysis difficult. Still, it was possible to observe that the FHUs have greater resolutivity when comparing the two health strategies. Conclusion: taking into account the data obtained in this research, it can be concluded that PHC have a higher resolution rate than BHU.

Keywords: Primary care; Resolution; Referral; Epidemiological district; Consultation.

Resumen

En este estudio, se buscó evaluar la desproporción de los números de derivaciones en los años 2017 a 2020 de los profesionales de diferentes distritos epidemiológicos que trabajan en Unidades Básicas de Salud (UBS) en comparación con los que trabajan en Unidades de Salud de la Familia (USF) en el municipio de Cascavel-PR. Se utilizó como base de datos los informes digitales/electrónicos proporcionados por el sistema de historias clínicas electrónicas (IPM) del municipio de Cascavel de los años 2017 a 2020. El análisis se realizó de forma transversal cualitativa y cuantitativa de las remisiones durante los años del estudio, en mayor énfasis el enfoque cuantitativo, a través de análisis estadístico tabulado, gráficos de barras y gráficos de Pareto, utilizando la herramienta Microsoft® Excel® 365.V16, para la prueba de hipótesis de la tasa de Poisson e intervalo de confianza, se utilizó Minitab® V.18.1, las pruebas se aplicaron con 95% de confianza. Resultados: Se observó la existencia de una gran rotación de profesionales dentro de la APS del municipio, hecho que dificulta el análisis de los datos. Todavía así, fue posible observar que hay mayor resolución por parte de las USFs al comparar las dos estrategias de salud. Conclusión: teniendo en cuenta los datos obtenidos en esta investigación, se puede concluir que las USF tienen un índice de resolutividad superior al de las UBSs.

Palabras clave: Atención primaria; Resolución; Derivación; Distrito epidemiológico; Consultas.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo a assistência à saúde universal e igualitária. A gestão é realizada pelo Ministério da Saúde (MS), um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e abrange desde atendimentos de consultas básicas ambulatoriais até transplantes de órgãos (Ministério da Saúde, 2011). Uma das principais esferas do SUS, a Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro nível de atendimento, conhecido popularmente como “Porta de Entrada” (Starfield, 2002). Devido a alta demanda pelo serviço, o tema está cada vez mais em pauta a atenção dos gestores de saúde à APS, o que torna cada vez mais necessário que as equipes multidisciplinares de saúde atuantes nessa área sejam devidamente preparadas. Em 2019 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em conjunto com o MS, realizou uma edição da PNS (Pesquisa Nacional de Saúde), que mostrou que pelo menos 210 milhões de brasileiros, acima de 18 anos, utilizam o SUS de alguma maneira. Ou seja, mais da metade da população (IBGE, 2020).

Promoção de Saúde é definida pelo Glossário do Ministério da Saúde como “uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde” (Ministério da Saúde, 2013). Para que essa definição seja aplicada com êxito na prática, a gestão do SUS é dividida entre o Ministério de Saúde, Estados e Municípios (conforme a determinação da Constituição Federal), com a função de regular, executar, fiscalizar e controlar o âmbito da saúde (Ministério da Saúde, 2011).

A Atenção Primária a Saúde é definida como “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Ministério da Saúde, 2013). Segundo Bárbara Starfield (2002) a APS é a porta de entrada ao SUS, e tem como função satisfazer as necessidades de saúde centradas na pessoa. Em razão da complexidade para obter um programa de APS forte (Akman et al., 2022), é necessário compreender as funções e estruturação do SUS para bom entendimento do programa, e para, além disso, ter conhecimento de qual esfera da atenção de saúde procurar quando necessidade de atendimento.

Os médicos atuantes neste âmbito têm o dever de garantir, avaliar e gerenciar as necessidades dos seus pacientes, assim como de facilitar o acesso a outros profissionais da saúde. Essa estratégia de saúde que tem como um dos focos a

prevenção e a promoção trazem aos pacientes e aos provedores menores custos quando comparados com condições de atendimentos especializados (RACGP - a Guide for Ensuring Good Referral Outcomes for Your Patients, 2018).

Em virtude da extensão territorial do Brasil existem diversas realidades, sendo assim um papel da APS é observar e se adequar a “dinamicidade existente no território em que vivem essas populações [...] e [...] considerar sempre que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes [...]” (Ministério da Saúde, 2017). Ou seja, a prioridade da atenção primária é enxergar a população com suas individualidades e do ponto de vista financeiro, é uma estratégia de otimização dos gastos.

No momento atual o cuidado continuado dos pacientes é uma estratégia sendo adotada pelos sistemas de saúde, o qual é composto por 3 dimensões: continuidade pessoal, continuidade em equipe e continuidade “entre fronteiras”. Estudos realizados por Scaioli et al. (2020) demonstraram que a comunicação médico-médico e médico-equipe, dentro das 3 dimensões, traz melhores taxas de qualidade e sucesso no tratamento do paciente. Porém, este processo deve ser realizado de maneira adequada, seguindo as recomendações de cada local.

O Ministério da Saúde define como UBS “estabelecimento que não possui equipe de Saúde da Família” e USF como “estabelecimento com pelo menos 1 (uma) Equipe de Saúde da Família, que possui funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população” (Ministério da Saúde, 2020).

Entende-se como Equipe de Saúde da Família uma equipe multiprofissional com composições estratégicas e pré-definidas de profissionais da área da saúde responsáveis por no máximo 4 mil pessoas, considerando e respeitando o grau de vulnerabilidade da população local. (Ministério da Saúde, 2012). Em 2021, a ESF do Brasil foi considerada o maior sistema comunitário de APS do mundo, atendendo mais de 123 milhões de pessoa. (Özçelik et al., 2021). A ESF deve ser composta por 1 médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal. Os investimentos e a implantação do modelo trouxeram um aumento expressivo de resultados positivos no país, como redução na taxa de mortalidade infantil, menos internações hospitalares potencialmente evitáveis, maior equidade, mais acesso e continuidade do cuidado, menor custo (Malta et al., 2016)

O sistema de encaminhamentos da atenção primária à atenção especializada tem origem no século passado, e objetiva tanto suprir de melhor maneira as necessidades da população, quanto amenizar gastos. Durante anos, diversos estudiosos analisaram qual a melhor maneira de utilização do sistema de encaminhamento. (Guan et al., 2020).

Segundo a OMS, o encaminhamento pode ser definido como um processo no qual um profissional de saúde em um nível do sistema de saúde, não dispõe de recursos (medicamentos, equipamentos, habilidades) para gerenciar uma condição clínica, dessa forma busca a assistência de uma instalação com recursos melhores ou diferentes no mesmo nível ou em um nível superior para auxiliar ou assumir o gerenciamento do caso do cliente” (Seyed-Nezhad et al., 2021).

O profissional da APS na vigência de não resolução do problema necessita encaminhar este paciente à atenção especializada, ou seja, realizar uma referência. Para que esse processo seja feito de maneira adequada, a chave é a informação sobre o paciente, dessa maneira evitam-se “erros médicos, omissão de serviços necessários e repetição desnecessária de exames, encaminhamentos desnecessários e atrasos no diagnóstico”. Uma pesquisa de 2018, estudou o processo de encaminhamentos de 6 países da América Latina, incluindo o Brasil, e nele foi destacado como problema significativo das redes, a demora ou o não recebimento do encaminhamento e a baixa qualidade dos registros de dados (Vargas et al., 2018).

Para que um ciclo de referência e contrarreferência se fechem, é necessário que a atenção especializada devolva o paciente para a atenção primária, com os diagnósticos e tratamentos disponíveis. Fechar esse ciclo pode ser um grande desafio

para o sistema de saúde, pois implica em questões financeiras, regulatórias e de segurança do paciente (Patel et al., 2018). Desse modo quando a comunicação dentro do ciclo é ineficiente, o principal prejudicado é o paciente.

Um dos deveres da regulamentação do SUS é filtrar os encaminhamentos desnecessários, otimizar os recursos e trazer maior eficiência e equidade às listas de espera. Segundo Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica Para a Atenção Especializada: O cumprimento dessas funções depende do conhecimento de informações mínimas do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão (Ministério da Saúde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015)

Uma revisão de 2021 mostrou que existe uma diversidade de fatores para que o sistema de encaminhamentos (referência e contrarreferência) funcione. É necessário ressaltar que dentro de um município existem diversos problemas de saúde, e as manifestações de doenças são muito influenciadas pelos contextos sociais. (Seyed-Nezhad et al., 2021).

É importante que cada vez mais tenhamos equipes capacitadas atuantes na APS com boa resolutividade dos casos em que não há necessidade de encaminhamento à atenção secundária.

O propósito do trabalho será mostrar a diferença entre os desfechos das consultas, comparando os encaminhamentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Saúde da Família (USFs) nos diferentes distritos epidemiológicos da cidade de Cascavel – PR. Esta análise proporcionará a avaliação de resolutividade da atenção primária do município, assim como, quais distritos têm maiores encaminhamentos. Ademais, como objetivo específico, comparar a quantidade de encaminhamentos efetuados por cada unidade de saúde, sendo elas UBS ou USF, as quais serão analisadas entre elas dentro do distrito que pertencem e comparadas com outros distritos. Dessa maneira, o estudo poderá servir como ferramenta para fonte de informações aos gestores, desoneração dos serviços de saúde do município, provendo melhorias no atendimento aos pacientes.

2. Metodologia

Dispondo de dados referentes aos anos de 2017 a 2020, foi conduzido um estudo transversal, qualitativo, quantitativo e retrospectivo (Biblioteca Virtual em Saúde, 2018) dos encaminhamentos, os quais possibilitarão comparar as estratégias de APS mais efetivas para o município. O projeto foi aprovado pelo CEP com o CAAE: 38697820.4.0000.5219.

A coleta de dados foi efetuada com base em relatórios digitais/eletrônicos fornecidos pelo sistema de prontuários eletrônicos (IPM) do município de Cascavel dos anos de 2017 a 2020.

A análise foi realizada de maneira transversal qualitativa e quantitativa dos encaminhamentos durante os anos do estudo, em maior destaque o acercamento quantitativo, por meio de análises estatísticas tabuladas, gráficos de barras e gráficos de Pareto, utilizando a ferramenta Microsoft® Excel® 365.V16, para o teste de hipóteses da taxa de Poisson e intervalo de confiança, foi utilizado o Minitab® V.18.1, os testes foram aplicados com 95% de confiança.

3. Resultados e Discussão

Inicialmente avaliou-se a quantidade de atendimentos realizados nas unidades de atendimento, UBS e USF, estudadas dentro de cada distrito epidemiológico do município (Quadro 1).

Quadro 1 - Quantidade de atendimentos realizados por ano em cada distrito, diferenciando UBS x USF.

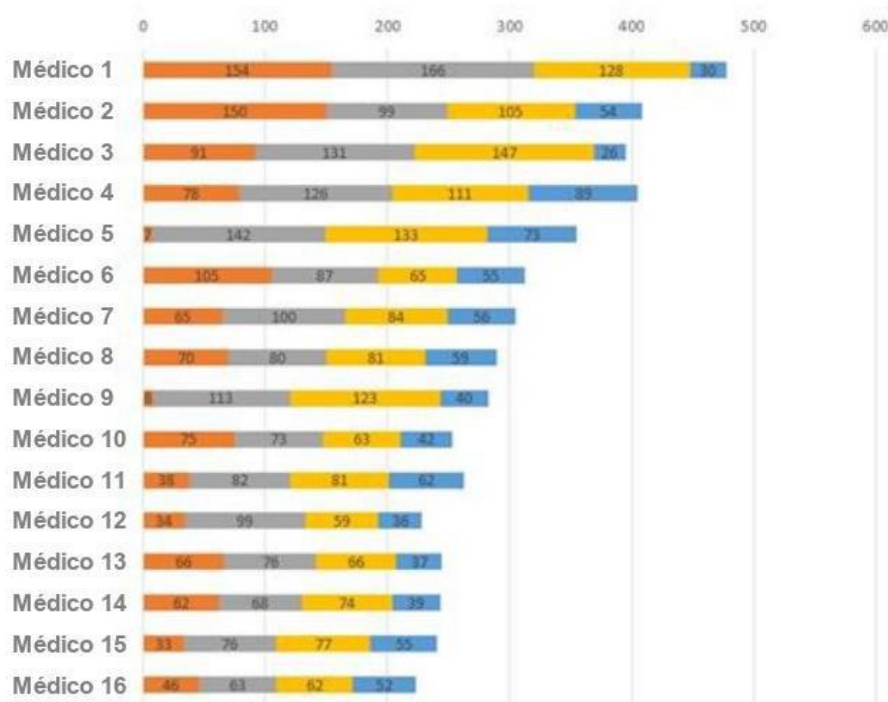
	Distrito 1 (5 Ubs E 7 Usf)	Distrito 2 (4 Ubs E 12 Usf)	Distrito 3 (4 Ubs E 11 Usf)
Ano 2017	Total - 41780	Total - 47832	Total - 46241
Ufs - 70594	Usf - 15468	Usf - 29977	Usf - 25149
Ubs- 65259	Ubs - 26312	Ubs - 17855	Ubs - 21092
Ano 2018	Total - 48786	Total - 63734	Total - 61859
Usf - 96578	Usf - 19027	Usf - 42410	Usf - 35141
Ubs - 77801	Ubs - 29759	Ubs - 21324	Ubs - 26718
Ano 2019	Total - 61585	Total - 76633	Total - 75086
Usf - 111896	Usf - 22242	Usf - 49064	Usf - 40519
Ubs - 101408	Ubs - 39343	Ubs - 27569	Ubs - 34496
Ano 2020	Total - 39657	Total - 51152	Total - 44258
Usf - 71394	Usf - 13679	Usf - 33333	Usf - 24382
Ubs - 63673	Ubs - 25978	Ubs - 17819	Ubs - 19876

Fonte: Autores (2023).

Pela tabela acima, é possível notar como no município em questão, 69,7% das unidades de saúde correspondem a USFs. Entretanto, quando comparados os números totais de consultas, os dois modelos de unidade de saúde quase equivalem (53% USFs e 47% UBSs).

Na comparação de pacientes encaminhados por cada médico / mês em todos os distritos (Figura 1) observamos que apenas alguns profissionais permaneceram trabalhando na mesma Unidade de Saúde durante período de 2 anos ou mais, revelando alta rotatividade dos profissionais médicos no município.

Figura 1 - Média de encaminhamentos por mês, por médicos.



Fonte: Autores (2023).

Pierantoni conduziu um estudo em 2015, e demonstrou que um dos motivos para haver alta rotatividade de médicos, se deve ao fato de “um mercado de trabalho mais concorrido”. O mesmo autor considera que diversos fatores como “condições de trabalho”, “localização das unidades de saúde” e “proximidade de centros urbanos” podem impactar a alternância do

profissional médico. (Pierantoni, 2015). Em 2020, um estudo realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em conjunto com a Queen Mary University of London, avaliou durante 4 anos 2.335 médicos que atuavam na APS do estado de São Paulo e ao final do estudo, apenas 36,6% dos profissionais estavam atuando no mesmo serviço. Outro dado relevante da pesquisa é que existe um grupo de profissionais com mais chances de deixar as unidades em pouco tempo: “médicos com menos de 30 anos de idade, recém-formados (<3 anos de formação à contratação) e cuja especialização não está relacionada ao atendimento primário”. (Scheffer et al, 2020).

Podemos observar que a média de encaminhamentos observada nas UBSs foi de 4,76%, enquanto que nas USFs foi de 4,56%, muito próximas e sem relevância estatística. No entanto após a avaliação do desvio padrão amostral (SDubs=1,44; SDusf=0,3) baseado nos dados provindos das UBSs e USFs, observou-se grande disparidade de encaminhamentos entre as duas estratégias. Esses achados podem demonstrar que alguns dos médicos que trabalham em UBSs encaminham a quem às necessidades da população, enquanto outros o fazem desnecessariamente. O mesmo não foi observado nas referências advindas das USFs. Diretamente relacionado à estratégia utilizando as USFs, essas representam maior homogeneidade nos encaminhamentos independente do médico assistente. Essa prática que garante o vínculo entre o serviço e a população, prestando assistência e resolutividade. (Santos, 2011).

Foram avaliadas 11 especialidades médicas, e após validação estatística realizada pelo teste Boxplot, 16 médicos preencheram os critérios necessários e se situaram acima do desvio padrão dos demais médicos que encaminharam à mesma especialidade. Os pontos da tabela que estão hachurados em verde (Tabela 1) são aqueles pertencentes às médias previstas de pacientes referenciados às especialidades. Em contrapartida os não demarcados, estão fora do desvio padrão e a proporção de encaminhamentos é estatisticamente diferente em relação a outros médicos dentro da especialidade.

Tabela 1 - Especialidades encaminhadas X médico que referenciou o paciente. Existe diferença estatística nos encaminhamentos entre os médicos que encaminharam.

Médicos/ Especialidade	Oftalmologia	Ortopedia/traumatologia ^a	Cardiologia	Cirurgia Geral	Neurologia	Otorrinolaringologia	Dermatologia	Ginecologia	Psiquiatria	Psicólogo	Urologia	Nutricionista	Endocrinologia/metabolologia	Cirurgia Vascular
Médico 1	789	955	716	475	435	327	352	35	310	189	218	116	202	241
Médico 2	1113	1036	633	267	193	339	286	53	240	82	246	72	208	130
Médico 3	610	1115	466	625	329	332	243	4	182	109	271	38	121	174
Médico 4	643	690	596	270	230	235	278	163	202	92	262	74	246	197
Médico 5	396	370	259	278	157	100	133	314	173	134	108	342	102	59
Médico 6	331	701	381	430	291	260	154	147	143	110	150	52	131	133
Médico 7	614	531	376	204	245	202	171	195	114	159	96	50	82	46
Médico 8	400	430	176	177	119	145	145	161	114	155	100	217	87	74
Médico 9	491	530	574	210	165	142	221	87	155	61	138	12	81	103
Médico 10	563	541	248	206	247	172	102	170	114	159	88	31	100	113
Médico 11	416	544	288	142	202	164	158	174	110	81	106	57	122	129
Médico 12	384	287	170	201	154	125	190	138	161	110	108	92	113	83
Médico 13	487	327	349	255	218	154	189	3	161	64	175	21	123	73
Médico 14	383	601	241	270	231	201	181	6	163	36	194	22	164	103
Médico 15	663	355	381	161	70	106	148		146	44	153	158	3	111
Médico 16	593	563	185	270	170	194	81	3	98	66	145	23	30	129
p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte: Autores (2023).

No entanto, ao compararmos diretamente o nível de encaminhamentos relacionado às Unidades de Saúde independente do distrito epidemiológico, das 26 Unidades de Saúde encaminhadas 15 delas apresentaram diferenças estatísticas na taxa de encaminhamentos (Tabela 2).

Tabela 2 - Média mensal de encaminhamentos por cada unidade de saúde.

Unidade de Saúde	2017	2018	2019	2020
Ubs A	251	206	276	132
Ubs B	153	212	228	140
Ubs C	116	188	205	187
Ubs D	146	155	159	162
Ubs E	91	145	182	121
Usf A	94	150	139	86
Usf B	89	106	108	113
Usf C	61	93	103	68
Usf D	66	67	61	45
Ubs F	141	168	189	101
Ubs G	77	120	213	221
Usf E	146	140	137	133
Usf F	78	160	153	148
Ubs H	69	130	161	84
Usf G	6	126	150	138
Usf H	40	128	127	89
Usf I	33	116	103	74
Usf J	14	116	106	103
Ubs I	46	58	92	104
Ubs J	157	258	327	184
Ubs K	145	177	216	129
Usf K	73	182	188	123
Usf L	100	108	132	127
Ubs L	83	89	131	109
Usf M	71	131	123	79
Ubs M	68	89	110	94
Usf N	49	100	96	73

Fonte: Autores (2023).

Dessas, observou-se em quatro delas que a diferença se manteve por pelo menos em três dos quatro anos estudados. A análise das Tabelas 2 e 3 nos permite observar a necessidade de intervenção da gestão pública com a finalidade de ajustar as demandas dessas Unidades de Saúde por meio da capacitação do profissional médico atuante nesses locais. Desse modo, é importante que os profissionais e os gestores entendam que “é necessário uma capacitação específica e elevada qualificação técnica, inclusive para lançar mão de outros saberes e práticas que escapam ao domínio do paradigma anátomo-clínico” (Anderson & Rodrigues, 2011).

Outro achado importante a ser citado, foi que para verificar a diferença entre elas e as demais foi usado a mesma forma do item anterior, onde os em verde são similares estatisticamente e os não marcados em verde são diferentes do desvio padrão.

4. Conclusão

Apesar da falta de algumas variáveis para que pudesse ter sido realizada uma análise mais aprofundada, por meio dos dados obtidos é possível inferir que existe uma desproporção de encaminhamentos entre USFs e UBSs na cidade estudada, sendo as USFs a estratégia mais eficaz. Esse dado reflete diretamente na quantidade e qualidade de atendimentos realizados na Atenção Básica. Observou-se elevado número de encaminhamentos e consultas desnecessárias na atenção especializada e com isso sobrecarga no sistema de atenção secundária. Além disso, nota-se que há uma rotatividade significativa de médicos nas unidades de saúde, especialmente nas UBSs, fator que contribui negativamente para um cuidado longitudinal da população.

Para pesquisas futuras, sugerimos a aplicação de variáveis, como por exemplo, diferenciar reconsultas de novas consultas, para que seja realizada uma análise mais aprofundada dos dados. Assim como, é possível abrir uma brecha para tentar identificar os motivos da alta rotatividade de médicos. Essa abordagem tornaria possível a identificação de outras variáveis que influenciam na alta rotatividade dos médicos que trabalham na atenção primária.

Referências

- Akman, M., Başer, D. A., Koban, B. U., Marti, T., Decat, P., Lefeuvre, Y., & Miller, R. (2022). Organization of primary care. *Primary Health Care Research & Development*, 23, e49.
- Anderson, M. I. P., & Rodrigues, R. D. (1970). Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família E Comunidade*, 6(18), 19–20
- Biblioteca Virtual em Saúde. (2018). *Tipos Metodológicos de Estudo*.
- Brasil. (2011). Carta dos direitos dos usuários da saúde. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *SUS: A Saúde do Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos*.
- Brasil. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*.
- Brasil. (2013). *Glossário temático: promoção da saúde. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde*.
- Brasil. (2015). *Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 1. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul*.
- Brasil. (2017). *Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*.
- Brasil. (2020). *Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Hora. Política Nacional de Atenção Básica*.
- Guan, Z., Chen, H., Zhao, N., & Zhang, A. (2020). Pricing and Capability Planning of the Referral System Considering Medical Quality and Delay-Sensitive Patients—Based on the Chinese Medical System. *Journal of Mathematical Finance*, 10(01), 96–131.
- MATA, J. A. S. & RUIZ, M. L. F. Definición y características de la atención primaria de salud. In: FADSP (Org.) Situación Actual y Futuro de la Atención Primaria de Salud. Madrid: FADSP, 1993. (Sanidad Pública, n. 7)
- Malta, D. C., Santos, M. A. S., Stopa, S. R., Vieira, J. E. B., Melo, E. A., & Reis, A. A. C. dos. (2016). A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 327–338.
- Patel, M. P., Schettini, P., O’Leary, C. P., Bosworth, H. B., Anderson, J. B., & Shah, K. P. (2018). Closing the Referral Loop: an Analysis of Primary Care Referrals to Specialists in a Large Health System. *Journal of General Internal Medicine*, 33(5), 715–721.
- Pierantoni, C. R., Vianna, C. M. de M., França, T., Magnago, C., & Rodrigues, M. P. da S. (2015). Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde Em Debate*, 39(106), 637–647.
- Pinheiro, E., & Santos, D. (n.d.). Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de especialização em atenção básica em saúde da família. Contribuição da estratégia saúde da família para a consolidação do modelo assistencial preconizado pelo sistema único de saúde.
- Özçelik, E. A., Massuda, A., Castro, M. C., & Barış, E. (2021). A Comparative Case Study: Does the Organization of Primary Health Care in Brazil and Turkey Contribute to Reducing Disparities in Access to Care? *Health Systems & Reform*, 7(2), e1939931.
- RACGP. (2018). A guide for ensuring good referral outcomes for your patients.
- Seyed-Nezhad, M., Ahmadi, B., & Akbari-Sari, A. (2021). Factors affecting the successful implementation of the referral system: A scoping review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(12), 4364–4375.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*.

Vargas, I., Garcia-Subirats, I., Mogollón-Pérez, A.-S., Ferreira-de-Medeiros-Mendes, M., Eguiguren, P., Cisneros, A.-I., Muruaga, M.-C., Bertolotto, F., & Vázquez, M.-L. (2018). Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy and Planning*, 33(4), 494–504

Scaioli, G., Schäfer, W. L. A., Boerma, W. G. W., Spreeuwenberg, P. M. M., Schellevis, F. G., & Groenewegen, P. P. (2020). Communication between general practitioners and medical specialists in the referral process: a cross-sectional survey in 34 countries. *BMC Family Practice*, 21(1).

Scheffer, M. et al. (2020). Demografia Médica no Brasil 2020.