

Percepção dos profissionais do Programa Mais Médicos quanto à adesão aos instrumentos de comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde e a Atenção Primária

The professionals' perception of the "More Doctors" program regarding communication instruments' adherence between healthcare networks and primary care

Ana Flávia Arruda¹, Eduardo Sergio Soares Sousa², Moises Diogo de Lima³, Melina Pereira Fernandes Paiva⁴, Maria Celeste Dantas Jotha de Lima⁵

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: janeiro de 2022

RESUMO

O artigo objetiva analisar a percepção dos profissionais do Programa Mais Médicos quanto à adesão aos instrumentos de comunicação entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. Sua importância diz respeito à necessidade de se analisar o grau de adesão aos instrumentos e qualificar a ocorrência da comunicação entre os entes da rede, na medida em que se reconhece a necessidade de manter informado o profissional detentor da coordenação do cuidado e devolver a ele a responsabilidade pela condução dos indivíduos usuários da rede. Os resultados demonstraram a baixa percepção do retorno dos registros dos usuários da rede aos pontos de atenção, independentemente da macrorregião ($P = 0,094$). Esse resultado demonstra a necessidade de trabalhar a qualificação das atividades da rede de atenção a fim de valorizar a necessidade das informações oriundas do processo de contrarreferência.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação em Saúde. Colaboração Intersetorial. Universalização da Saúde.

ABSTRACT

The article's purpose is to analyze professionals' perceptions of the "More Doctors" program regarding communication instruments' adherence among the different points inside the healthcare network. It is important to analyze the instruments' adherence degree and qualify the occurrence of communication inside the network entities, recognizing the need to keep care coordinators well informed and to make them responsible for the care of individuals who are users of the network. The results showed a low perception of users' network records arriving at the proper care points, independent of the macroregion ($P = 0,094$). This result demonstrates the need to work on qualifying the activities of the care network to value the need for information coming from the counter-reference processes.

KEYWORDS: Health Communication. Intersectoral Collaboration. Universalization of Health.

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) <https://orcid.org/0000-0003-2897-2875>. E-mail: aflavinhaa@hotmail.com

² Universidade Federal da Paraíba (UFPB) <https://orcid.org/0000-0003-0893-5305>

³ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) <https://orcid.org/0000-0002-5899-1121>

⁴ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) <https://orcid.org/0000-0001-9609-2373>

⁵ Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

INTRODUÇÃO

Integram os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Ações integrais na saúde devem ser entendidas como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema¹.

Compondo os princípios e diretrizes do SUS, discriminados na Lei n. 8.080/90, estão a Universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo, através da:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde¹.

Essas diretrizes regimentam o funcionamento da saúde no país e são essenciais para que o plano desenhado para o SUS cumpra seu papel de forma eficaz.

A articulação da rede de atenção à saúde, com a construção de efetivos canais de comunicação entre a atenção primária e atenção especializada, é um desafio a ser vencido, ainda hoje.

Nesse sentido, observa-se o aumento da complexidade do cuidado consequente ao incremento de outras situações de fragilidade, a exemplo da morbimortalidade por causas violentas, mudanças no estilo de vida e alimentação da população, associadas às condições crônicas prevalentes que teimam em recrudescer nos tempos atuais, desencadeando um novo panorama de atenção à saúde e novas fórmulas de cuidado.

Esse novo panorama traz consigo forte necessidade de mudanças nos processos de trabalho e nos fluxos de assistência que hoje ainda prevalecem no cotidiano dos profissionais da saúde. Isso porque, cada vez mais, a necessidade da assistência, de acordo com o perfil de saúde existente, se perpetua em relação aos problemas apresentados pelos indivíduos, seja no âmbito da reabilitação, seja na prevenção do acometimento em entes sabidamente herdeiros de patologias crônicas, seja no acompanhamento de pessoas já acometidas.

Vale salientar que a necessidade de recriação ou de ajustes nos modelos de atenção é inerente ao momento que estamos vivenciando, seja quanto ao modelo de saúde proposto para o sistema público, alvo de nosso trabalho, seja para modelo de saúde proposto em sistemas privados de assistência. Essa é uma necessidade universal.

Em paralelo ao panorama acima descrito, assistimos, na saúde, ao desenvolvimento de grande tendência à subespecialização, com a formação de profissionais cada vez mais capacitados para o cuidado especializado e fragmentado. Se, por um lado, essa tendência

proporciona excelência para a atuação em áreas que exigem grande habilidade técnica e profundo conhecimento específico, por outro, corre, em paralelo, a necessidade de profissionais com conhecimento ampliado, que possam atuar gerenciando as necessidades universais através do conhecimento individual das situações de vulnerabilidade, suas redes sociais e de apoio, suas condições socioeconômicas e suas leituras do significado da saúde. Esses profissionais atuam adequando as necessidades observadas individualmente e, também, como elos de articulação entre a rede especializada e os indivíduos.

Tal panorama é que devemos buscar desenvolver na rede de atenção à saúde do SUS, que se torna cada vez mais complexa, seja pela escala de usuários, seja pela distância a se percorrer.

Se não houver uma boa articulação das ações de saúde entre si, tanto preventivas quanto de promoção e reabilitação, perde-se a condição de proporcionar saúde segundo as diretrizes inicialmente promulgadas e, por conseguinte, diminui-se a efetividade e a qualidade da atenção individual e coletiva, que deve ser assegurada aos usuários do sistema de saúde.

Considerando que a integralidade implica na articulação de ações entre serviços e programas e na compreensão do usuário a partir da complexidade de suas necessidades reais, para o desenvolvimento do cuidado integral, principalmente em se tratando de um país que conta com área geográfica tão vasta e complexa como o Brasil, faz-se necessário aderir a instrumentos de comunicação e a processos de trabalho que proporcionem melhor articulação entre os entes da rede.

A concretização da integralidade, em se falando de processo de trabalho, ocorre à medida que se desenvolve a comunicação entre os entes da Rede com a finalidade de compreender, discutir e melhor conduzir cada indivíduo que dela faz uso. Para tal, instrumentos como relatórios de referência, contrarreferência, registros de internamento, documentação de exames complementares, assim como o gerenciamento do fluxo de usuários por meio dos centros de regulação, são imprescindíveis.

Nessa perspectiva, é imprescindível um sistema universal em que todos os indivíduos tenham acesso à rede, primordialmente através da atenção primária. E, utilizando os conceitos acima desenvolvidos, o profissional que executa o papel de coordenador do cuidado, dentro do modelo do SUS, deve ser o médico da atenção primária.

Com vistas a possibilitar a universalidade de acesso ao SUS, em outubro de 2013, a Lei n. 12.871 instituiu o Programa Mais Médicos (PMM), que, em suas disposições gerais, entre outras, objetiva “Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”².

Em termos de provimento imediato de profissionais, uma das premissas da Lei n. 12.871/2013, no ano de 2015, havia 18.000 médicos atendendo em 4.000 municípios e

assistindo mais de 63 milhões de habitantes, anteriormente desassistidos pela atenção primária, fato esse que proporcionou grande incremento na inserção dos usuários do SUS³, principalmente de áreas mais remotas.

Na Paraíba, Estado em que ocorreu o estudo, no primeiro ciclo do programa, de 2013 a 2015, oportunizou-se o preenchimento de 400 cargos de médicos em Unidades de Saúde da Família com provimento pelo PMM. Esse quadro foi responsável por otimizar o potencial de alcance da saúde no Estado, aproximando a população de um estado de universalização da saúde, no quesito porta de entrada.

Considerando a região em questão, é interessante ressaltar o modelo de regionalização implantado, pelo qual o Estado é dividido em quatro macrorregiões, com cada macrorregião sendo subdividida em dezesseis regiões de saúde. Essas últimas devem prover as suas regiões com os serviços de saúde secundários ambulatoriais. As macrorregiões, por sua vez, estão formatadas para oferecer atenção secundária ambulatorial e alguns serviços de atenção primária através da distribuição de hospitais regionais e maternidades.

Apesar do modelo proposto, muitas dessas regiões de saúde não têm autonomia fora da atenção básica, necessitando o usuário alcançar outras macrorregiões para ter acesso a hospitais de maior complexidade, como os hospitais de emergência e trauma, os centros de oncologia e até as maternidades de alto risco, além dos centros de terapia intensiva.

Em dimensões, vale ressaltar que o Estado tem área de 56.468,435Km² e uma população de aproximadamente 3.900.000 habitantes que, muitas vezes, se desloca, como dito, por todo o Estado a fim de obter atendimento de saúde⁴.

Este artigo, fruto de uma pesquisa para a construção de dissertação de mestrado, objetiva avaliar a percepção dos médicos do PMM na Paraíba, no ciclo de 2013 a 2015, em relação aos instrumentos de comunicação da rede de atenção à saúde, tais como notas de alta, encaminhamentos e documentos de contrarreferência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional, retrospectivo, quantitativo e analítico, integrante de um grande estudo intitulado “Análise político-social da implantação do Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba”.

O estudo envolveu a autoaplicação de questionário, disponibilizado eletronicamente através da plataforma Google Docs®, referenciado como “Formulário de Avaliação do Programa mais Médicos na Paraíba”. Esse formulário foi composto por 121 quesitos que avaliaram o público-objeto do estudo, profissionais médicos do PMM na Paraíba (no biênio 2013-2015), contemplando as seguintes questões: i) de identificação pessoal, ii) formação profissional e

experiência do médico, iii) identificação do programa de provimento ao qual o profissional estava vinculado, iv) identificação da unidade de saúde da família em que estava atuando o profissional, v) avaliação da estrutura física da UBS e da existência de equipamentos, vi) insumos e medicamentos da referida unidade para apoiar o atendimento dos profissionais de saúde, vii) avaliação dos recursos humanos que compunham a equipe, viii) do processo de trabalho, ix) da rede de saúde local e regional, x) assim como questões sobre a supervisão do programa.

A coleta de dados perdurou de dezembro de 2015 (término do primeiro ciclo do programa) até setembro de 2016, estando disponibilizada eletronicamente durante todo este período.

O número de participantes da pesquisa refere-se ao quantitativo total de profissionais devidamente inscritos no PMM no Estado à época, o que corresponde, no período estipulado, a 400 indivíduos, dos quais obtivemos 251 questionários válidos.

Os critérios de exclusão contemplaram os indivíduos que, apesar de atuarem na Atenção Primária à Saúde (APS) no período da pesquisa, não tinham vínculo com o PMM e/ou Provab, além dos indivíduos que não responderam à totalidade do questionário ou produziram rasuras ou duplas respostas, o que resultou na exclusão de 45 questionários.

Além dos critérios de exclusão acima descritos, os questionários só foram considerados válidos e utilizáveis para o estudo se o entrevistado houvesse respondido ao quesito 121, que autoriza o uso de dados para a pesquisa, escolhendo a alternativa “SIM”.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e aprovado sob parecer n.º 1.292.157 em 22 de outubro de 2015.

As questões foram apresentadas no formato de Escala de Likert, com variações de 0 a 5, em que: 0 - Inexistência, 1 - Discordo Totalmente, 2 - Discordo Parcialmente, 3 - Nem Concordo/Nem Discordo, 4 – Concordo Parcialmente e 5 – Concordo Totalmente.

As questões agrupadas no tema “Rede de Saúde” abordaram aspectos relacionados ao acesso dos usuários aos serviços hospitalares, maternidades, UPAs, Samu, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Academia da Saúde (AS). Questionou-se ainda sobre a dificuldade de encaminhamento dos pacientes a outros profissionais de saúde e/ou especialistas médicos e sobre o motivo da dificuldade, quando presente. Incluíram-se, também, questões relacionadas ao recebimento pelo profissional da APS de retorno regular dos atendimentos realizados na rede, tanto por outros profissionais de saúde nas demais cadeias, como por outros profissionais médicos. Dentro desse tema, foram aplicadas quatro 4) questões: **1ª questão** – Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros serviços da rede? [Boletim de atendimento (atendimentos hospitalares, UPA, SAMU)]; **2ª questão** – Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros serviços da rede? [Nota de alta (internação hospitalar)]; **3ª questão** – Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros

serviços da rede? [contrarreferência (atendimentos de outros profissionais ou outras especialidades médicas)]; **4ª questão** – Você recebe retorno regular dos atendimentos que seus pacientes fazem nos outros serviços da rede? [Exames realizados nesses serviços].

As quatro questões aplicadas objetivaram identificar a existência de contrarreferência como ferramenta essencial à compreensão do processo de adoecimento e/ou cura relacionado ao agravo sofrido pelo usuário, assim como apreender as informações relacionados a um dos pilares fundamentais do SUS, qual seja: a integralidade da assistência à saúde.

Para a realização dos cálculos e testes estatísticos, utilizou-se o *software* SPSS 11.0. Com os valores obtidos através da Escala de Likert, e subsequente criação de uma variável dependente contínua, propôs-se mensurar a percepção dos profissionais médicos em relação à utilização dos mecanismos de comunicação dentro da rede abordados na pesquisa, através da utilização do método aditivo, que consiste no somatório dos valores das respostas de cada item, com a obtenção de uma escala de variação entre 0 e 20, em que 0 equivale a *Retorno Inexistente*, e 20 a *Retorno Totalmente Existente*.

Para verificar a Normalidade da variável dependente contínua, obtida pelo método aditivo, aplicou-se o teste Shapiro-Wilk.

A fim de verificar a existência de diferenças entre os retornos dos serviços da rede comparando-se as quatro Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, com nível de significância de 1% ($P < 0,01\%$).

RESULTADOS

O quadro 1 (na próxima página) tem por finalidade caracterizar e conhecer melhor o perfil dos sujeitos participantes da pesquisa. Relativamente à faixa etária, percebemos uma concentração maior de médicos mais jovens, entre 25 e 35 anos, em todas as macrorregiões do Estado. Registra-se, ainda, o predomínio de profissionais do sexo feminino, assim como o predomínio de indivíduos brasileiros, em detrimento de estrangeiros, e com tempo de formação menor que nove (9) anos – o que é coerente com a faixa etária predominante dos profissionais.

Um dado que chama a atenção na análise do perfil do profissional relaciona-se ao fato de a grande maioria não apresentar qualificação formal em medicina de família (71.30%), com apenas 28,70% atestando especialização nessa área específica.

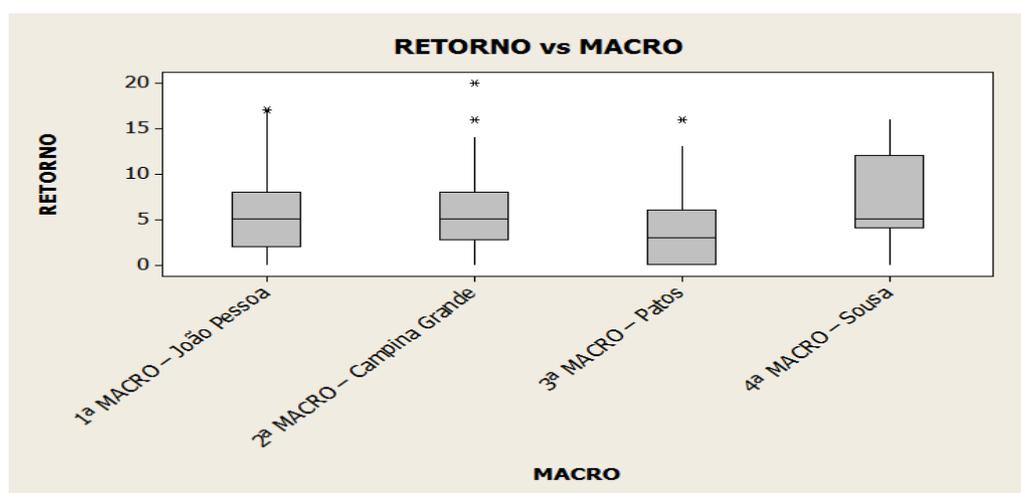
Quadro 1 – Características Gerais da amostra

	Perfil	1° Macro %	2° Macro %	3° Macro %	4° Macro %	Total %
Faixa Etária	25 I--- 35	42,5	51,20	34,80	52,60	45,40
	35 I--- 45	24,40	22,00	8,70	31,60	22,70
	45 I--- 55	11,00	14,60	52,20	15,80	16,30
	55 e +	18,90	11,00	4,30	0,00	13,50
	Não sabe / Não Respondeu	3,20	1,20	0,00	0,00	2,10
Sexo	Masculino	48,80	42,70	56,50	68,40	49,00
	Feminino	51,20	57,30	43,50	31,60	51,00
Nacionalidade	Brasileiro	81,90	68,30	34,80	52,60	70,90
	Estrangeiro	18,10	31,70	65,20	47,40	29,10
Tempo de formação em medicina	Até 9 anos	60,60	64,60	34,80	52,60	59,00
	10 Anos ou +	39,40	35,40	65,20	47,40	41,00
Especialização em Saúde da Família	Sim	17,30	31,70	65,20	47,40	28,70
	Não	82,70	68,30	34,80	52,60	71,30

Fonte: elaborado pelos autores

O gráfico 1, abaixo, apresenta os números obtidos e relacionados à adesão aos instrumentos de comunicação utilizados por cada macrorregião. Os resultados demonstram que os índices obtidos são baixos, mais próximos da categoria “retorno inexistente”, e semelhantes, considerando-se as respostas emitidas pelos profissionais de saúde em cada macrorregião ($p = 0,094$).

Gráfico 1 – Análise gráfica da percepção de adesão aos instrumentos de comunicação, por Macrorregião



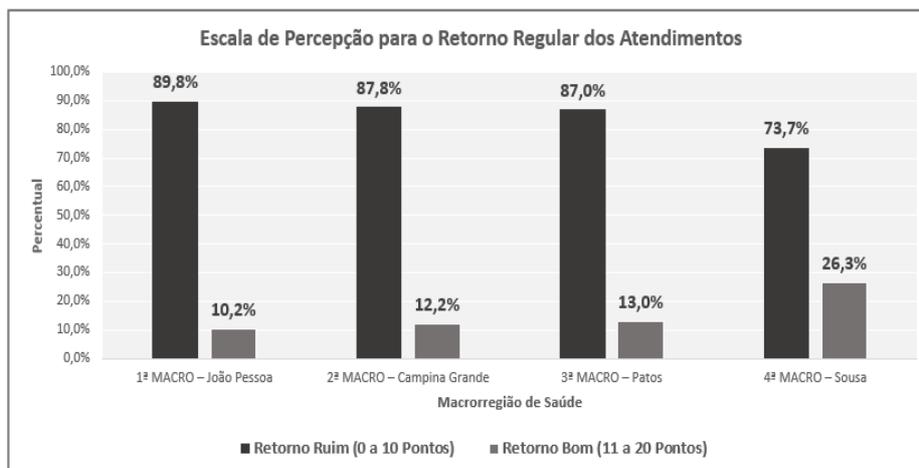
Teste de Kruskal-Wallis, ($p = 0,094$)

Fonte: elaborado pelos autores

Ainda em relação à análise relativa dos resultados encontrados, esses foram estratificados em BOM e RUIM, utilizando-se como referência para o critério BOM os resultados entre 10 e 20 pontos, e para o critério RUIM, os resultados inferiores a 10 pontos.

O gráfico 2 demonstra as respostas aos quesitos por cada macrorregião. Por esta representação, fica evidente a percepção da baixa adesão aos instrumentos de comunicação, em todas as macrorregiões.

Gráfico 2 – Análise em escala de percepção de retorno



Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstram a fragilidade de um sistema que, apesar da grandiosidade numérica, falha em qualificar os seus processos. Os resultados confirmam o que outros estudos também demonstram, ou seja, que temos uma rede fragmentada que pouco se comunica entre si e que, como consequência, se mantém sempre superlotada ou com resultados que demonstram a baixa eficiência ou o alto custo para funcionar e se mostrar resolutiva.

Outros estudos corroboram o nosso achado e confirmam a fragilidade do sistema em relação à não utilização desses instrumentos, em que, entre os diversos fatores que dificultam o desenvolvimento das potencialidades das RAS, aparecem, além da escassez profissional, as dificuldades de controle e coordenação⁵.

Para uma efetiva comunicação, há a necessidade de troca de informações e do compartilhamento de opiniões entre os profissionais, com o consequente estabelecimento de vínculo entre as pessoas e entre as instituições, com a construção de linhas de cuidado, que são protocolos que buscam delinear os fluxos, garantindo o acesso e o cuidado integral.

Faz-se mister esclarecer que a desarticulação ocasionada pela falta de comunicação

entre os entes da rede prejudica, restringe ou interrompe o fluxo do sistema de cuidado e, como consequência, a integralidade das ações deixa de acontecer⁶.

Confirmando essa necessidade, trabalho exitoso de alta precece, de casos entendidos com possibilidade de contrarreferência, após seguramente registrados e com construção de efetivo canal de comunicação entre os entes da rede, proporcionou, através do envolvimento descrito, o retorno de diversos usuários à atenção primária. Tal fato constituiu-se numa experiência positiva tanto para os usuários, com retorno precoce ao convívio familiar, quanto para a equipe da atenção primária, ao receber um componente de sua área para o seu gerenciamento com todo o respaldo da equipe que imprimiu o cuidado anterior. Isso foi positivo, também, para a atenção hospitalar, pois obteve a possibilidade de atender mais rapidamente um número maior de usuários que se encontravam em espera⁷, graças à alta precece de alguns indivíduos.

Diante de todos os aspectos citados: i) falha nos processos de comunicação; ii) possível dificuldade de adequada devolução dos usuários aos cuidados da atenção primária, que acarreta superlotação dos instrumentos secundários e terciários; e iii) dificuldade de coordenação do cuidado por parte dos profissionais de saúde da atenção primária, surgem expectativas de situações que necessitem de avaliação para conseguinte resolução dessas falhas.

Nesse sentido, elencamos algumas possíveis causas que podem ter contribuído para a evidência dos resultados encontrados nesta pesquisa: 1. ausência de utilização dos instrumentos de comunicação atrelada à baixa expectativa de resolutividade da atenção, em nível secundário ou terciário, em relação à atenção primária; 2. baixa eficiência dos instrumentos disponibilizados para fins de comunicação; 3. dificuldade de comunicação, de ordem primária, por parte dos profissionais da rede; 4. dificuldade de qualificação do trabalho, com consequente dificuldade de comunicação, por exacerbada carga de trabalho.

Todos esses itens destacados acima são possíveis causas para o resultado encontrado. Entretanto, eles não foram objeto desta pesquisa. Utilizamos do senso comum, de profissionais da saúde e, também, da discussão de achados em outras fontes para levantarmos pontos que, com grande probabilidade, impactem o resultado da comunicação dentro do sistema de saúde.

Ressaltamos, ainda, que nesse conjunto de ações – embora não tenha sido motivo de avaliação sistemática nesta pesquisa, uma vez que ela se voltou para a compreensão de como tem se organizado a rede de comunicação entre os níveis de atenção à saúde e, nesse particular, o nível de comunicação entre os médicos do programa –, a participação ativa do usuário tem seu lugar de destaque, pois figura como um ator de promoção à saúde, de tal forma que o usuário do sistema, ao tempo que se envolve responsabilmente com a condução do seu tratamento, adquire, a partir das informações detalhadas, uma consciência mais profunda do seu real estado

de saúde, passando a contribuir para a manutenção de um fluxo sistemático de assistência e valorização do complexo mecanismo que envolve a saúde em todas as suas facetas.

Desse modo, a comunicação virtual, com utilização de prontuários eletrônicos, apesar de terem uso limitado dentro da rede, pode melhorar o sistema de comunicação entre os entes, assim como a adoção de elementos de referência e contrarreferência em moldes digitais também pode diminuir o ruído da comunicação, tornando-a mais eficaz.

A necessidade de entender a responsabilidade e a resolutividade da rede de atenção primária como presentes e imprescindíveis ao bom andamento dos casos, individualmente e da rede como um todo, mesmo quando se trata de problemas de alta complexidade, é importantíssima e perpassa pelas necessidades tanto dos profissionais, na valorização daqueles que atuam nas pontas, quanto dos usuários.

Lutamos contra uma cultura ainda de descrédito em relação aos profissionais da atenção primária, muito abastecida pela dificuldade de manutenção de profissionais nesse meio, com alta rotatividade de médicos e alguns períodos de ausência de profissional, dificultando a construção de vínculos entre a equipe e a comunidade. A nova política da atenção básica tem trabalhado fortemente para a solução dessa problemática, com o desenvolvimento de estratégias para a fixação de profissionais na atenção básica, objetivando a promoção da qualificação do vínculo e do cuidado⁸.

Apesar disso, ainda observamos, relativamente à proporção necessária, uma baixa procura dos profissionais médicos por esse campo de atuação.

Nessa descrença nos profissionais da atenção primária, seja por imaginar que a população não tem acesso a eles, seja por descrédito em seu trabalho por parte dos demais profissionais, a comunicação falha e o cuidado do usuário perde a integralidade ou se encharca na rede especializada.

CONCLUSÃO

O resultado deste trabalho traz à tona a necessidade de discussão de diversos aspectos, tanto no que se refere ao modelo de RAS e a sua adequação às necessidades atuais de saúde quanto em relação aos seus processos de trabalho, para que, sendo suficientes, funcionem de forma plena.

Ainda necessitando críticas, o ensino médico, apesar das novas propostas curriculares que trabalham a saúde e o indivíduo em nova perspectiva, seja na saúde individual seja na coletiva, com mais ênfase à medicina global, segue produzindo profissionais com dificuldade de se comportar na produção de saúde em rede.

Dessa forma, entendemos a necessidade de ajustes, tanto nos processos de trabalho

utilizados para o funcionamento da saúde em rede quanto na formação profissional, para que possam adequar-se a esse modelo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. lei 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 set. 1999; [acesso em 2018 jul. 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
2. Brasil. lei 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. [acesso em 2018 jul. 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm.
3. Brasil. Programa Mais Médicos - Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros- internet. Brasília: Ministério da Saúde. 2015; [acesso em 2018 mai. 15]. Disponível em: file:///E:/artigos/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf.
4. Ibge. cidade.IBGE.gov.br. IBGE, 2017. [Acesso em 2018 Mai 22]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>.
5. Marta A. Desafios do cuidado em rede na percepção de preceptores de um Pet Redes em relação à pessoa com deficiência e bebês de risco: acesso, integralidade e comunicação. Cad. Bras. Ter. Ocupacional. 2017 [acesso em 2018 mar. 3]; 519- 532. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1052>.
6. Gonçalves CR. Recursos humanos fator crítico para as redes de atenção a saúde. Saúde Debate. 2014;26-34.
7. Fratini JRG. Referência e Contra Referência: Contribuição para a integralidade em saúde. Ciência Cuidado e Saúde. 2018 [acesso em 2018 mar. 3]; 065- 072. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908>
8. Brasil. Política Nacional da Atenção Básica. Portaria 2.436 21 de setembro de 2017, 21 set. 2017 [acesso em 2019 abr. 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.