

Orientação à atenção primária à saúde em uma equipe de saúde da família em Aracaju, Sergipe

The adequacy of primary health care in a family health team in Aracaju, Sergipe

Rubens Araujo de Carvalho¹, Cátia Martins Oliveira², Carla Pacheco Teixeira³, Marcelo Rodrigues Gonçalves⁴, Maria Cristina Rodrigues Guilam⁵

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente chave para o fortalecimento dos sistemas de saúde, que visam alcançar os princípios de integralidade e equidade. No Brasil, a organização da APS é norteadada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que utiliza como um dos principais instrumentos avaliativos o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT). Esse instrumento mede a orientação da APS à luz dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural). O objetivo deste estudo é analisar o desempenho de uma Equipe de Saúde da Família (EqSF) no município de Aracaju, SE, à luz do PCAT, a fim de se obter o grau de orientação da APS. Foram entrevistados 310 adultos cadastrados maiores de 20 anos. Destes, 254 (81,9%) mostraram-se afiliados à Unidade de Saúde, sendo essa amostra utilizada para o cálculo do grau de orientação. O escore geral obtido foi de 6,8, com o valor de 6,66 sendo considerado indicativo de uma boa orientação para APS. Apesar desse resultado, foi percebido que os atributos de acesso, integralidade e orientação comunitária precisam de ajustes para que a equipe possa ofertar um serviço mais resolutivo e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Unidade Básica de Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Primary health care (PHC) is the key feature to enhance the world's health systems as it pursues major goals such as integrality and equality. In Brazil, the PHC system is ruled by the Family Health Strategy (FHS) which uses the Primary Care Assessment Tool (PCAT) as its main assessment instrument. This tool measures the adequacy of PHC (APHC) within the scope of four core PHC domains (first contact accessibility, longitudinality, comprehensiveness, and coordinated care) and its three sub-domains (family orientation, community orientation, and cultural competence). The purpose of this study is to analyze the performance of a Family Health Team (FHT) in the city of Aracaju, by applying the PCAT, in order to obtain their APHC level. A total of 310 adults over 20 years of age were interviewed, of which 254 (81.9%) were affiliated with the FHT. This number was the sample used to calculate the APHC level. The general score obtained was 6.8 - a number higher than 6.66 is considered a good APHC level. Despite this result, the domains of accessibility, integrality, and community orientation call for some adjustments so the team can offer a higher quality of PHC services.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Centers. Family Health Strategy.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: dezembro de 2021

¹ Universidade Federal de Sergipe. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4041-0835>

² Fundação Oswaldo Cruz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6419-7506>

³ Fundação Oswaldo Cruz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5683-8430>

⁴ Universidade Federal Do Rio Grande do Sul. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8516-8547>

⁵ Fundação Oswaldo Cruz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4242-3530>

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é reconhecida como componente chave para o fortalecimento dos sistemas de saúde em busca da garantia do cuidado contínuo e integral dos indivíduos em seu contexto familiar e comunitário. Diversos países com sistemas de saúde universais vêm investindo em APS e, ao se compararem os modelos de atenção à saúde, a relação custo/benefício é maior quanto mais o sistema é orientado pela APS^{1,2}. No Brasil, a expansão da APS ganha força na década de 90 quando ocorre a implantação do Programa Saúde da Família, posteriormente, denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que assume a reorientação do modelo de atenção como política de Estado, entretanto, sua consolidação é bastante heterogênea no país³.

Uma das principais lutas tem sido garantir a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde, principalmente em um sistema de saúde que é fragmentado. Entre os inúmeros problemas destacam-se a fragilidade de coordenação, o subfinanciamento, o provimento insuficiente de profissionais, a fragmentação do cuidado, além de insuficiência de gestão⁴. Diante dessas limitações, o Ministério da Saúde (MS) adotou diversas estratégias, entre elas estão os processos avaliativos que têm como pressuposto a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e o suporte aos processos decisórios⁵.

Entre 1994 e 2011, as equipes de saúde da família eram avaliadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), obrigatório para todos os municípios,⁶ sendo adicionados, a partir de 2011, à avaliação os critérios do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Os municípios que aderiam ao PMAQ contavam com um bônus financeiro relativo à adesão e valores proporcionais ao desempenho de cada equipe⁷. Em 2018, o Ministério da Saúde começou a adotar o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) como principal instrumento de avaliação da APS no país. Em 2019, foram incluídos outros dois macros indicadores como parte da avaliação geral: *Net Promoter Score* (NPS-15) e *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDQR-9)^{8,9}.

Por ser um instrumento de avaliação validado internacionalmente, o PCAT tem sido usado em larga escala com a finalidade de produzir evidências sobre a relação entre o grau de orientação à APS e a efetividade do sistema de saúde em diferentes realidades¹¹. Em 2006, Harzhein validou a versão em português do PCAT, e, em 2010, o MS publicou o seu primeiro manual de aplicação, revisado em 2020¹².

No Brasil, o PCAT foi aplicado em cidades distintas, como Porto Alegre¹³, Rio de Janeiro¹⁴, Curitiba¹⁵, Florianópolis¹⁶ e Fortaleza,¹⁷ com financiamento independente do MS. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) financiou estudo com o PCAT para avaliar o Programa Mais Médicos (PMM) em 2018¹⁸.

Baseado nos sete pilares de qualidade em saúde propostos por Donabedian, o PCAT tem como pressuposto mensurar o alcance e a extensão dos eixos estruturantes da APS, denominados pela literatura internacional de atributos “essenciais” (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e “derivados” (orientação familiar e comunitária e competência cultural)¹⁰. Esses atributos funcionam interligados, como uma teia interdependente, o que permite sinalizar a forma de organização da APS em diferentes cenários.

Considerando a importância de investimentos em pesquisas avaliativas que possam produzir evidências sobre a qualidade da atenção ofertada pelos serviços, o objetivo deste artigo é estudar o grau de orientação da APS, à luz do PCAT, em uma Equipe de Saúde da Família (EqSF) no município de Aracaju.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa avaliativa com desenho transversal, de natureza quantitativa, baseada em dados extraídos do PCAT para Pacientes Adultos – Versão Reduzida (PCATVR)⁸. Foi acrescentado ao instrumento um questionário socioeconômico. Informações sobre o processo de trabalho foram coletadas na equipe, para contribuir com a avaliação transversal à luz do PCAT. Para a aplicação desse instrumento, elegeu-se uma equipe da Unidade de Saúde da Família “João Bezerra” (USFJB), localizada em local periurbano do município de Aracaju, onde foram realizadas entrevistas presenciais nos domicílios de usuários filiados à equipe 006.

Essa equipe da USFJB foi selecionada devido ao tempo de atuação dos profissionais na comunidade, onde o médico da equipe trabalha há 15 anos, o enfermeiro há 5, o técnico de enfermagem há 8 e os agentes comunitários há 20. Além disso, todos esses profissionais residem no território abrangido pela USFJB.

Os entrevistadores, voluntários, foram alunos de graduação da Faculdade de Medicina, sem vínculo com a USFJB. Os alunos selecionados foram previamente treinados para a aplicação dos questionários, sendo realizado um estudo piloto para os ajustes finais com os usuários da USFJB vinculados a outra equipe da unidade.

Cenário de estudo

O Povoado de Areia Branca, localizado na zona sul de Aracaju, na denominada zona de expansão, preserva algumas características rurais e marisqueiras. A região, porém, tem apresentado rápido crescimento demográfico. A USFJB situa-se no sul da cidade, a 25 quilômetros do centro e a 13 quilômetros da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima, o que faz dela o único serviço público de saúde no bairro.

Inaugurada em setembro de 1998, a unidade é composta, atualmente, por duas EqSF de números 006 e 137. A Equipe 006, criada em 1998 junto com a USFJB, precisou ser ampliada com o crescimento demográfico da população do território por meio da implantação de uma segunda equipe, o que ocorreu cerca de dez anos depois, em 2008. Essa equipe apresenta características peculiares em relação a outras existentes no país, como a permanência dos agentes de saúde desde sua implantação, a atuação do médico de família, formado em Medicina de Família e Comunidade (MFC), há 15 anos na equipe, a atuação da enfermeira na equipe há cinco anos e o fato de todos seus integrantes morarem dentro da área de abrangência da USFJB. Outros pontos que merecem destaque são a manutenção de uma média de 300 consultas ao mês pelo SIAB (dados extraídos de 2008 a 2018) e o conceito “Muito Bom” no terceiro ciclo do PMAQ¹⁹.

Amostra da pesquisa

A amostra do estudo do PCATVR foi extraída da população adscrita à Equipe 006 da USFJB que, na época da pesquisa, era de 2.799 adultos maiores de 20 anos, de acordo com o SIAB. Para a seleção da amostra, utilizou-se o programa EPIDAT, versão 4.2. Com erro relativo de 15% e nível de confiança de 95%, o tamanho amostral obtido foi de 304 pessoas. Para cobrir possíveis perdas, foram acrescentados a estimativa mais 10%, totalizando 331 pessoas. Como a política da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMSA) é disponibilizar pediatras nas unidades de saúde, os usuários dessa especialidade, em sua maioria, são atendidos pelo especialista; assim se optou por entrevistar apenas adultos.

Os entrevistados foram sorteados de forma aleatória simples, com probabilidade proporcional ao número de usuários residentes por microárea, de forma a garantir distribuição homogênea da amostra em todo o território. Os critérios de inclusão da amostra adotados nessa pesquisa foram: ser morador maior de 20 anos, ser cadastrado há mais de um ano por agente comunitário de saúde (ACS), ter sido atendido anteriormente pela EqSF e ter capacidade de responder ao questionário no domicílio no momento da entrevista. O critério de exclusão foi não estar visivelmente sob o efeito de entorpecentes na hora da entrevista, ser menor de 20 anos, ser cadastrado há menos de um ano ou nunca ter sido atendido na EqSF.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da resolução n°466/2012 e foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob parecer n.º 2.814.835. Após a leitura dos objetivos do estudo, foi entregue ao entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumento de pesquisa

O PCATVR foi o questionário selecionado contemplando 86 questões agregadas em dez componentes relacionados aos atributos da APS²⁰. Além do PCATVR, foram adicionadas variáveis demográficas e socioeconômicas (sexo, cor da pele, escolaridade, estado civil, vínculo trabalhista, renda familiar, número de moradores do domicílio, autoavaliação da própria saúde e aquisição de plano de saúde).

No PCATVR – Versão Usuário Adulto – há a avaliação de afiliação da pessoa à EqSF. O entrevistado é considerado afiliado à EqSF quando o nome do profissional de saúde/unidade de saúde foi citado em, pelo menos, duas das três perguntas iniciais do PCATVR (A1-A3). A partir do percentual de pessoas consideradas afiliadas, calcula-se o escore geral para a APS do serviço. As respostas do PCATVR foram categorizadas por meio da escala Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo, sendo possíveis as seguintes respostas para cada um dos itens: “com certeza sim” (valor = um), “provavelmente sim” (valor = três), “provavelmente não” (valor = dois), “com certeza não” (valor = um) e “não sei/não lembro” (valor = nove). Apenas nas perguntas dos itens C11 e D15 os escores são invertidos, mas os cálculos são realizados da mesma forma. Vale ressaltar que, no item E (Coordenação do cuidado), as perguntas E10, E11 e E13 só são respondidas por aqueles entrevistados que responderam afirmativamente à questão E6.

O valor de cada atributo foi calculado transformando-o em escala contínua, que varia entre zero e dez, utilizando a seguinte fórmula: $\text{Atributo} = [(\text{escore obtido} - 1) \times 10] / 3$. O valor do Escore Geral (EG) é a soma de todos os itens divididos por dez: $\text{EG} = (A+B+C+D+E+F+G+H+I+J) / 10$. Valores de EG maiores ou iguais a 6,6 foram definidos como de forte orientação para a APS⁸.

Como o PCATVR não possui os escores por atributo validados, optou-se em estudar as perguntas avaliativas como eixos norteadores da presença e extensão dos atributos da APS, a partir da experiência das pessoas que utilizam o serviço. Optou-se em associar as respostas “com certeza sim” e “provavelmente sim” como respostas afirmativas e as “com certeza não” e “provavelmente não” como respostas negativas, para reduzir as variáveis de análise na avaliação por pergunta.

Coleta e análise de dados

Os dados do PCATVR foram coletados entre setembro e outubro de 2018 com o aplicativo Kobotool® e tabulados por meio do Excel®. Os resultados foram apresentados por meio de

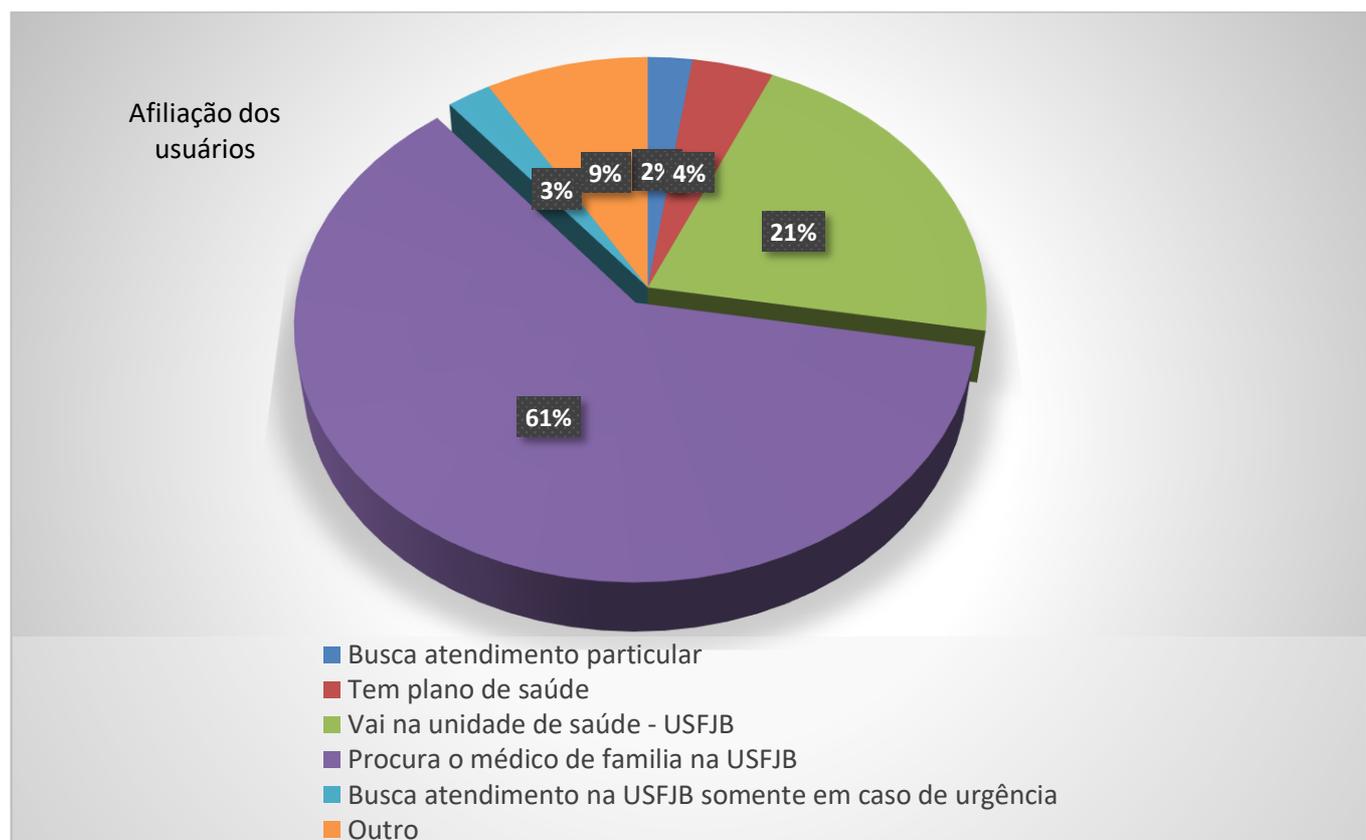
estatística descritiva de distribuição de frequências absolutas e relativas, médias e medianas. Para a análise, foi usado o *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) versão 21.

RESULTADOS

A amostra de usuários que participaram do PCATVR foi de 310 respondentes com idade média de 42 anos, com predomínio do sexo feminino (70%; n=217), maioria autodeclarada de cor parda (54,8%; n=170) e média de 8,5 anos de estudo. Quanto ao estado civil dos respondentes, o maior percentual (54,2%; n=168) vivia com seus cônjuges, sejam eles oficiais ou não. Entre os respondentes, o maior grupo era dos desempregados no momento da entrevista (26,8%; n=83); seguido pelos autônomos (23,5%; n=73). O número médio de pessoas por domicílio foi de 3,44 pessoas, com o máximo encontrado sendo de 8 pessoas.

O PCATVR, aplicado no domicílio do entrevistado, permitiu calcular o grau de afiliação dos usuários à USFJB, sendo esse de 82% (n=254). Na Figura 1, observamos que 61% (n=189) mencionaram o médico da EqSF 006 e 21% (n=65) citaram a USFJB como sua principal fonte de cuidados em saúde.

Figura 1 – Afiliação dos usuários entrevistados na Equipe de Saúde da Família do Povoado de Areia Branca, Aracaju, Brasil, 2018



Fonte: Elaborado pelos autores

Na tabela 1, observa-se o percentual de respostas (positivas, negativas e não sei/não lembro) para cada uma das perguntas avaliativas do PCATVR respondidas pelos usuários afiliados (n=254).

Tabela 1 – Percentual de Respostas Positivas e Negativas para cada pergunta do PCATVR

DIMENSÃO DA APS/PERGUNTA	SIM % (N)	NÃO % (N)	NÃO SEI/NÃO LEMBRO % (N)
B – PRIMEIRO CONTATO (UTILIZAÇÃO)			
B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai à USFJB antes de ir a outro serviço de saúde?	89,3 % (227)	10,3 % (26)	0,4 % (01)
C – PRIMEIRO CONTATO (ACESSO)			
C4 - Quando a USFJB está aberta, você consegue um aconselhamento rápido pelo telefone ou outro meio de comunicação se precisar?	18,1 % (46)	68,9 % (175)	13,0% (33)
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico na USFJB quando pensa que é necessário.	65,3 % (166)	33,9 % (86)	0.8 % (02)
D - LONGITUDINALIDADE			
D1 - Quando você vai à USFJB, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	87 % (221)	13 % (33)	-
D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico ou enfermeiro?	80,3 % (224)	19,7 % (50)	-
D9 - Seu médico/enfermeiro sabe quais problemas são mais importantes para você?	75,6 % (192)	24,4 % (62)	-
D15 - Você mudaria da USFJB para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?	53,2 % (132)	46,8 % (144)	-

(Continuação)

DIMENSÃO DA APS/PERGUNTA	SIM % (N)	NÃO % (N)	NÃO SEI/NÃO LEMBRO % (N)
E – COORDENAÇÃO DO CUIDADO			
E06 - O seu médico sugeriu que você fosse a uma consulta com algum especialista ou serviço especializado?	54,4 % (138)	44,1 % (112)	1,5 % (04)
E10 - O médico escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo da consulta?	75,7 % (109)	19,4 % (28)	4,8 % (07)
E11 - O médico sabe quais foram os resultados dessa consulta?	73 % (105)	22,5 % (31)	5,5 % (08)
E130 - O médico/enfermeiro pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se você foi bem ou mal atendido por esse especialista ou serviço especializado?	55 % (76)	34,7 % (48)	10,3 % (14)
F – COORDENAÇÃO DO CUIDADO			
F3 - Quando você vai à USFJB, seu prontuário está sempre disponível?	91,4 % (232)	7,5 % (19)	1,1 % (03)
G – INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)			
G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	32,3 % (82)	41,3 % (105)	26,4 % (67)
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar	37 % (94)	33,1 % (84)	29,9 % (76)
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	40,2 % (102)	33,8 % (86)	26 % (66)

(Conclusão)

DIMENSÃO DA APS/PERGUNTA	SIM % (N)	NÃO % (N)	NÃO SEI/NÃO LEMBRO % (N)
H – INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)			
H1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	70,9 % (180)	24,0 % (61)	2,8 % (07)
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	69,6 % (177)	24,4 % (62)	3,1 % (08)
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	76,4 % (194)	18,1 % (46)	2,8 % (07)
H11 - Como prevenir quedas.	26,3 % (67)	67 % (170)	6,7 % (17)
I - ENFOQUE FAMILIAR			
I1 - O seu médico/enfermeiro lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	59,9 % (152)	37,4% (95)	2,8 % (07)
I3 - O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	82,6 % (210)	9,8 % (25)	7,5 % (19)
J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA			
J4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) às necessidades das pessoas?	36,2 % (92)	42,6 % (108)	21,3 % (54)

Fonte: elaborado pelos autores

Das respostas do PCATVR, foi calculado o grau de orientação da APS da Equipe 006. O resultado obtido do EG foi de 6,85.

DISCUSSÃO

O presente artigo avança em corroborar o uso do PCAT na institucionalização da avaliação da APS, reconhecendo sua importância para o fortalecimento do sistema de saúde.

O perfil dos usuários desta pesquisa mostra maior predominância de mulheres (75,8%), pessoas pardas (52,9%) e pessoas com escolaridade média de 7,3 anos de estudo, com a diferença das entrevistas deste estudo terem sido realizadas dentro dos estabelecimentos de saúde¹⁸. Esses resultados têm similaridades com outros estudos, como o conduzido pela OPAS em 2018 nas EqSF de cinco regiões brasileiras.

O resultado da afiliação de 82% (n=254) dos usuários mostra que a EqSF 006 parece ter vínculo forte com a população, o que significa que a maioria dos entrevistados procura a EqSF para solucionar suas necessidades primárias de saúde^{21,22}. Cabe mencionar que 18% (n=56) dos entrevistados citaram outros médicos e serviços de saúde, demonstrando que não viam a USFJB como referência em APS, o que sugere, entre esses usuários, um vínculo frágil com o serviço.

Esse dado diverge com os obtidos com 91,7% (n=212) dos entrevistados, que, no questionário socioeconômico, responderam não possuir plano de saúde, demonstrando que um percentual de usuários cadastrados, mesmo sem plano de saúde, não vê a USFJB como sua referência de APS. Esse percentual de usuários sem afiliação à EqSF 006 indica algum impedimento para o acesso deles. Algumas hipóteses que podem explicar isso são o horário de funcionamento da USFJB e/ou a falta de afinidade com algum membro da equipe, mas apenas a realização de um outro estudo direcionado para essa questão poderia nos dar informações precisas sobre o tema. A Figura 1 mostra os resultados encontrados da análise de afiliação dos entrevistados.

O primeiro contato se refere à acessibilidade e à utilização do serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. Alguns fatores facilitam esse atributo, como, por exemplo, horário de funcionamento, localização e organização de consultas. A resolução dos problemas demandados pelos usuários e a satisfação com o atendimento também refletem a garantia de acesso resolutivo no primeiro contato²³. Neste estudo, observou-se que 89,3% (n=227) dos usuários procuram a USFJB quando há um novo problema de saúde antes de procurarem outra unidade. Entretanto, somente 18,1% (n=46) relataram conseguir um aconselhamento rápido quando a unidade se encontra aberta. Diversos artigos destacam o quanto o acolhimento e o aconselhamento são potenciais facilitadores do cuidado, contribuindo, inclusive, para a extensão de alcance dos demais atributos da APS²⁴, mas, apesar de a USFJB disponibilizar o acolhimento das demandas agudas, isso parece não ser suficiente na ótica do usuário. Outro fator a se considerar nesse resultado é que, durante a pesquisa, o acesso estava comprometido por uma greve dos médicos municipais e pela reforma estrutural pela qual a USFJB passava. Outros fatores que podem explicar esse cenário são: falta de contato telefônico organizado para o atendimento do público, tempo de espera relativamente longo para uma consulta (15 a 30 dias) e dificuldades para agendamento de especialistas²⁵.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo desenvolvido por Alves *et al.* em avaliação conduzida sobre o primeiro contato na APS, na ótica da população masculina²⁶. Apesar desse estudo refletir majoritariamente a visão do usuário do sexo feminino, não se pode desconsiderar que a população masculina é a mais prejudicada, geralmente devido à barreira de acesso relacionada ao horário de funcionamento da USFJB, fator este que está mais relacionado com a gestão da APS pela SMSA que com a equipe da USFJB²⁷.

O processo de trabalho da EqSF 006 ao longo desses 20 anos mostra que algumas estratégias foram desenvolvidas para facilitar o acesso da população ao serviço, tais como: funcionamento com distribuição diária de vagas disponíveis no dia, acolhimento individual e coletivo e acesso avançado. Esses mecanismos foram implementados no intuito de qualificar a escuta das demandas que chegam à unidade e organizar semanalmente a distribuição das vagas a todos que procuram a USFJB. O acolhimento individual, além de servir para agendamentos de consultas, auxilia a potencializar a assistência do profissional da enfermagem; por sua vez, o acolhimento coletivo é um dispositivo estratégico para a organização da distribuição semanal das vagas em relação às necessidades e prioridades do atendimento individual. O acesso avançado tem como diretriz atender a todos os usuários que procuram a USFJB no mesmo dia, seja para marcação de consulta individual ou para agendamento nos grupos de atenção coletiva, ou mesmo para orientação do usuário na rede de atenção à saúde, reafirmando assim o papel da APS como ordenadora do cuidado. Esses foram compromissos sanitários assumidos pela equipe para oferecer acesso a todos os que procuram a unidade diariamente, com previsão de atendimento a casos agudos em todos os formatos.

As perguntas relacionadas à longitudinalidade, atributo que dimensiona o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de APS, demonstram que essa é considerada uma característica central desse nível assistencial. Gestores que investem na longitudinalidade tendem a alcançar equipes com mais relação de confiança entre profissionais e usuários, considerando seu contexto social e respeitando seus hábitos de vida, a fim de conduzir intervenções adequadas e resolutivas²⁸.

Cerca de 87% (n=221) dos usuários responderam que, ao buscar atendimento na ESF, foi o mesmo médico ou enfermeiro que os atendia, e 80,3% (n=224) se sentiam à vontade para contar suas preocupações ou problemas de saúde para seu médico ou enfermeiro. Esses achados parecem indicativos de uma fonte continuada de atenção ao longo do tempo, demonstrando possivelmente que vínculo e confiança estão presentes na relação interpessoal entre usuários e profissionais de saúde. Estudo realizado por Kessler *et al.* encontrou percentuais bem inferiores para esse atributo, possivelmente devido a fragilidades nas relações interpessoais²⁹. É importante lembrar que, na EqSF 006, os profissionais atuam no território por um tempo considerável, apesar de isso, isoladamente, não ser determinante para uma boa

qualidade da APS. Mas, se somarmos esse fator à demonstração da grande percentagem de afiliados, podemos supor que há vínculo e confiança da população estudada com seus profissionais. Um fator que pode ter contribuído para a manutenção desses profissionais na USFJB é o tipo de contratação profissional da SMSA, já que todos os seus membros são concursados estatutários.

Esse resultado diverge de estudos realizados no Rio de Janeiro¹⁴ e em Florianópolis,¹⁶ que utilizaram o instrumento de avaliação PCAT, versão integral, para usuários adultos e crianças e identificaram baixo vínculo longitudinal. A literatura reforça a importância desse atributo como indicativo de maior uso da APS e, conseqüentemente, redução de serviços de alta complexidade, menor proporção de complicações clínicas e menores custos no setor saúde,²⁸ indicando que as políticas de saúde deveriam reforçar medidas que estimulem a fixação dos profissionais de saúde em seus territórios.

Contraditoriamente, nesse estudo embora 80,3% (n=224) dos entrevistados se sentissem confiantes para contar seus problemas ao profissional de saúde; 53,2% (n=132) disseram que, se pudessem, mudariam de equipe, se isso fosse fácil de fazer. Uma hipótese que pode estar relacionada a esse resultado relaciona-se à necessidade de algumas pessoas em mudar de equipe/profissional ao longo do tempo devido a problemas na relação interpessoal. Porém, a estrutura da ESF, com afiliação obrigatória do paciente à sua equipe pelo território, diminui essa possibilidade, criando uma outra barreira de acesso ao serviço. Mudanças na política ministerial para uma lista de pacientes que considerasse a relação do território e a afinidade profissional poderiam ajudar a superar esse desafio.

O atributo Coordenação do Cuidado (CC) na atenção primária tem o potencial de promover uma redução nas barreiras ao acesso aos demais níveis de atenção do sistema, auxiliando a integração de ações e serviços que atendam às necessidades dos usuários. Entre os entrevistados, 75,7% (n=109) declararam que o médico escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo da consulta; para 73% (n=105), o médico sabia a respeito dos resultados da consulta, o que parece demonstrar uma boa relação interpessoal para prover e compreender a demanda dos pacientes.

Apesar do estudo demonstrar o interesse dos profissionais da EqSF 006 quanto ao resultado das consultas especializadas, ao longo desses anos, o processo de trabalho da equipe demonstrou que foram pouquíssimas as vezes que se recebeu uma contrarreferência escrita dos especialistas focais. Qualificar a CC na APS exige da gestão contrapartida na coordenação dos outros níveis de atenção à saúde, promovendo a garantia de acesso às informações dos usuários. A informatização da SMSA, iniciada em 2018, contribuiu para melhorar o acesso à essas informações, já que o prontuário eletrônico permite acesso ao registro das consultas especializadas.

Outro destaque foi que 91,4% (n=232) disseram que seu prontuário está sempre disponível para as consultas, facilitando o fluxo de informações produzidas pela equipe e qualificando o cuidado. Esse é um dos atributos mais desafiadores para o alcance de resolutividade e qualidade no âmbito da APS, e sua garantia passa por ações sistêmicas, como o fortalecimento e a qualificação de processos assistenciais. A informatização da USFJB diminuiu o risco de perda dos prontuários, o que pode ser um importante fator para melhorar esse quesito. Porém, as informações do prontuário físico não foram automaticamente colocadas no prontuário eletrônico, sendo necessário manter o acesso aos dois prontuários, em alguns casos, para que informações importantes não se percam.

Tricco *et al.*, em revisão sistemática sobre o tema, destacam a importância da CC na organização dos sistemas, auxiliando na regulação assistencial, na ampliação do acesso aos serviços e na integração da equipe na rede de saúde³⁰. Apesar de a informatização ter contribuído para a melhoria da CC na equipe, ainda há muitos desafios a serem vencidos para que esse atributo melhore ainda mais. Porém isso depende, principalmente, da gestão municipal, que deve investir na digitalização dos prontuários físicos e na comunicação entre as EqSF e os especialistas focais.

O atributo de Integralidade implica em fazer arranjos para que o usuário receba os serviços de atenção à saúde segundo as suas necessidades³¹. O aconselhamento relacionado a alimentação saudável, prática de atividade física e adesão aos medicamentos obtiveram percentuais elevados na avaliação do usuário (70,9% [n=180], 69,6% [n=177] e 76,4% [n=194], respectivamente). Entretanto, em relação às orientações para problemas de saúde mental, parar de fumar, prevenção de queda e questões sobre o envelhecimento, os valores foram baixos (32,3% [n=82], 37% [n=94], 26,3% [n=67] e 40,2% [n=102], respectivamente). Esses achados podem indicar que a equipe estudada ainda tem dificuldade em conduzir ações mais específicas no campo da promoção da saúde, de forma a incentivar a autonomia dos indivíduos e de suas famílias, emponderando-os de conhecimentos que os auxiliem a atuar sobre o processo saúde-doença.

O atributo Orientação Familiar, essencial para a reorganização das práticas de saúde na APS, foi avaliado nas perguntas I1 e I3 (Tabela 1). A maioria dos entrevistados – 59,9% (n=152) e 82,6% (n=210), respectivamente – percebeu a existência desse atributo na equipe. Esse achado aponta para uma preocupação da equipe em contemplar os diversos atores envolvidos no cuidado familiar, uma das premissas da Política Nacional de Atenção Básica, na busca de uma assistência contínua, resolutiva e abrangente.

O último atributo avaliado foi a Orientação Comunitária, cujo objetivo era investigar se a USFJB fez ou faz pesquisas para avaliar a satisfação do usuário em relação ao serviço prestado. Essa é uma das maneiras de se compreender se as equipes vêm colocando os usuários como

aliados no desenvolvimento das suas ações de prevenção e promoção da saúde, objetivando a autonomia e o enfrentamento em conjunto das determinantes sociais da saúde. Cerca de 42,6% (n=108) responderam negativamente, e 21,3% (n=54) não sabiam dizer sobre o assunto. Isso demonstra que a Equipe 006 e a gestão da SMSA ainda não têm uma cultura de avaliação dos seus serviços pelos seus usuários, reforçando a importância da incorporação dessa cultura na prática cotidiana das equipes. Uma revisão sistemática produzida por Prates *et al.*, com base em estudos que utilizaram o PCAT, mostrou os seguintes atributos de APS como melhor avaliados: competência cultural, utilização dos serviços e longitudinalidade, com os demais atributos, entretanto, apresentando fragilidades³². Nesse estudo, observou-se um resultado positivo na utilização dos serviços, longitudinalidade, coordenação do cuidado e no enfoque familiar, demonstrando uma boa performance da equipe nesses quesitos. Devido ao fato de se ter sido utilizado o PCATVR, não foi possível comparar o grau de presença de cada atributo na equipe, o que seria importante para se aprofundar a comparação dos resultados encontrados na revisão e no presente estudo.

Grau de orientação da APS (Escore Geral)

Pesquisas utilizando o PCAT em cinco capitais brasileiras demonstraram diferenças nos valores de escore geral quando a metodologia é aplicada a profissionais ou a usuários. Em Porto Alegre¹³ e Curitiba¹⁵, os escores indicaram forte presença dos atributos, mas foram aplicadas aos profissionais; enquanto no Rio de Janeiro¹⁴, Florianópolis¹⁶ e Fortaleza¹⁷, em que o PCAT teve foco nos usuários, o EG foi abaixo de 6,66.

O grau de orientação obtido pelo PCATVR foi de 6,85 para a equipe 006. De acordo com a literatura revisada, valores maiores que 6,66 indicam uma boa presença de APS⁸.

Ao compararmos ainda esse resultado com as avaliações dos usuários em relação às equipes do PMM que contam com a presença de médicos cubanos, identificamos que os resultados obtidos nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste alcançam EG de 6,9¹⁸. A formação do médico cubano é notoriamente voltada para a APS, o que pode ter contribuído para a boa avaliação realizada pelos usuários. Assim, podemos supor que, quando o médico da equipe é treinado na MFC, como é o caso da Equipe 006 da USFJB, o resultado do EG é melhor. Porém, estudos mais aprofundados nesse sentido são necessários. Nesta avaliação do PMM, também se observou que, ao se aplicar o PCAT aos profissionais e aos usuários, evidencia-se uma discrepância entre a avaliação do profissional e a do usuário, sendo sempre a primeira superior à segunda.

Nos estudos com o PCAT em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Curitiba, em que se compararam as unidades com EqSF com outros modelos de equipe, os valores do EG foram

superiores nas EqSF. Esses dados sugerem que o modelo da ESF, mesmo sem médicos especialistas em APS, fortalece a presença dos atributos de uma maneira geral. Outros estudos desenvolvidos no Brasil com os atributos do PCAT apontaram, ainda, a associação do grau de orientação à APS com melhores indicadores de saúde e maior grau de satisfação dos usuários com o serviço³³.

CONCLUSÃO

O resultado global de EG deste estudo indica que a Equipe 006 da USFJB atingiu os padrões de qualidade estabelecidos pelo PCAT, embora os percentuais alcançados nas perguntas avaliativas demonstrem que ainda há limitações que precisam ser superadas. Atributos como a Longitudinalidade, Coordenação do cuidado e Enfoque familiar foram bem avaliados pela maioria dos afiliados; no entanto, os atributos Acesso, Integralidade e Orientação Comunitária precisam de ajustes para que o cuidado integral se revele de forma mais efetiva. Esse resultado global positivo deve ter sido influenciado pela característica mais marcante da EqSF 006, que é a longitudinalidade de seus membros.

Esta pesquisa reforça a importância do uso do PCAT na APS, devido a sua fácil operacionalização e ao tempo curto de aplicação, o que auxilia a nortear a qualificação do processo de trabalho das EqSF. A escolha do uso do PCAT foi útil para avaliar os atributos da APS do ponto de vista do usuário. A entrevista domiciliar abriu espaço para uma avaliação mais fidedigna de como a população utiliza e enxerga os serviços prestados pela equipe, descortinando caminhos para reflexões sobre as práticas que vêm sendo desenvolvidas na unidade.

Além de proporcionar um resultado mais fiel da orientação da APS, a aplicação do PCATVR nos usuários foi imperiosa por ser o autor principal deste artigo o médico da equipe avaliada. Ainda assim, esse fato demonstra uma fragilidade no estudo, pois o ideal seria que a SMSA assumisse a importância da avaliação da qualidade de sua APS e a implementasse de forma independente das políticas do MS.

Por fim, é importante destacar que a utilização de um instrumento já validado no país e reconhecido internacionalmente auxiliou a enfrentar o desafio de avaliar o serviço, apesar de a falta de validação nacional no PCATVR para cada um dos escores ter limitado a análise. Investir na avaliação contínua dos atributos da APS, por meio do PCAT, é um caminho promissor de envolvimento dos potenciais atores interessados em uma negociação permanente em busca de um sistema de saúde mais organizado, equânime e resolutivo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 2.436, de 21 de set de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 22 set. 2017a; seção 1.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
3. Ministério da Saúde (BR), Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf
4. Ricciulli FM, Castanheira ERL. Urgência e emergência na estratégia da saúde da família: uma proposta para avaliação de estrutura. In: Teixeira CP, Guilam, MCR, Machado MFAS, Gomes MQ, Almeida PF, editores. Atenção, educação e gestão: produtores da rede Profsaúde. Vol. 3. Porto Alegre: Rede Unida; 2021 p. 183-195. [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/46424/2/Livro-Atencao-Educacao-e-Gestao-Producoes-da-Rede-Profsaude-%e2%80%93-volume-3.pdf>
5. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução n. 2.153/2016, de 18 de set. de 2017. Altera o anexo I da Resolução CFM nº 2.056/2013 e dispõe sobre a nova redação do manual de vistoria e fiscalização da medicina no Brasil. Altera o texto do anexo II – Da anamnese das prescrições e evoluções médicas – da Resolução CFM n. 2.057/2013, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 12 de nov. de 2013, Seção I, p. 165-171 e revoga o anexo II da Resolução CFM n. 2.056/2013, publicada no DOU de 12 de novembro de 2013, Seção I, p. 162-3 e o anexo II da Resolução CFM n. 2073/2014 publicada no DOU de 11 de abril de 2014, Seção I, p. 154. DOU 18 de set. de 2017; seção 1.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de set. de 2017. Anexo III. Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 3 out. 2017b; seção 1.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Básica n. 28 - Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. v.1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
8. Conselho Federal de Enfermagem (CFE). Resolução n. 423, de 9 de abr. de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Diário Oficial da União 11 abr. 2012; seção 1.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf

10. Oliveira TA, Mesquita GV. Atendimento de urgência e emergência na estratégia saúde da Família. R. Interd. [Internet]. 2013 [acesso em 2021 maio 25]; 6(2): p.128-136. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/56>
11. Farias DC, Celino, SDM, Peixoto JBS, Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e resolubilidade das urgências na Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. educ. méd. [Internet]. 2015 [acesso em 2021 maio 25]; 39(1): 79-87. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/gp3sNPS4V6NYfZf5BF3bfxD/?format=pdf&lang=pt>
12. Konder MT, O'Dwyer G. A integração das unidades de pronto atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. Interface. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 25]; 20(59): 879-892. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400879&lng=en&nrm=iso
13. Ros, C, Peres AM, Bernardino E, Lowen IMV, Neto PP, Moura MEB. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. REME – rev. min. Enferm [Internet]. 2018 [acesso em 2021 maio 25]; 22: 1137. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1137.pdf
14. Hermida PMV, Nascimento ERP, Belaver GM, Danczuk RFT, Alves DLF, Jung, W. Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência. Rev. enferm. [Internet] UFPE. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 25]; 10(4): 1170-1178. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11100/0>
15. Freitas TCC, Moreira GGF, Aquino, JM, Lacerda, KPC, Silva R, Jesus, APGA *et al.* A atenção primária como parte integrante da rede de atendimento as urgências e emergências: à luz da literatura. REAS - Revista Eletrônica Acervo Saúde. [Internet]. 2020 Jan 23 [acesso em 2021 maio 25]; 38: e2881. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2881/1201>
16. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. Arq. bras. psicol. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 maio 25]; 71(2): 51-67. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v71n2/05.pdf>
17. Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). [internet] 2020 - [citado em 2020 Ago] Disponível em: <https://www.seade.gov.br>
18. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil (ADHB) [internet]; 2020 -[citado em 2020 Ago]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>
19. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) – 2020b [citado em 2020 Nov 15]. Disponível em: www2.datasus.gov.br recuperado
20. Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, Machado, MFAS, Dias, AP, Menezes, FWP *et al.* Estratégia saúde da família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. Saúde debate. [Internet]. 2019 Dez [acesso em 2021 maio 25]; 43(8): 36-49. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe8/36-49/pt>
21. Lopes MCL, Marcon SS. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. Acta Scientiarum Health Sciences. [Internet]. 2012 [acesso em 2021 maio 25]; 34(1): 85-93. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4126/0cabb820858a48a0b18611ef26243cc57c5e.pdf>
22. Oliveira TA, Mesquita GV, Valle ARMC, Batista, MME, Ibiapina, TF. Percepção de profissionais da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência. Rev. enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 25]; 10(3 suppl): 1397-1406. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30225>

23. Konder MT. Atenção às urgências: a integração das unidades de pronto atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro. [Dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional Sérgio Arouca; 2013. [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=681326&indexSearch=ID>
24. Nagai DK. Diretriz de integração do SAMU com os componentes APS e UPA na rede de urgência e emergência: pesquisa-ação. [Dissertação] Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017. [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1037872>
25. Mendes, TF, Feitosa LMH, Pita BR, Mota MS, *et al.* Papel da estratégia saúde da família no atendimento as urgências e emergências. Braz. J. Surg. Clin. Res. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 maio 25]; 31(2): 117-121. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200704_155414.pdf
26. Cassinelli F, Melo ES, Costa CRB, Reis RK. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. Saúde e Pesquisa. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 maio 25]; 12(2): 317-322. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016520/09_7019-fernanda-cassineli_port_norm_ing.pdf
27. Soares CSA, Fonseca CLR. Atenção primária a saúde em tempos de pandemia. J. Manag. Prim. Health Care. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 maio 25]; 12: 1-11. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/998>
28. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale, LR, Castro MA *et al.* A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. Saúde Soc. [Internet]. 2013 [acesso em 2021 maio 25]; 22(1): 211-222. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pWPPSMbZM4gnCd9TN9W6Yyj/?format=pdf&lang=pt>
29. Oliveira MO, Trindade MF. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. Revista Hórus. [Internet]. 2010 [acesso em 2021 maio 25]; 5(2): 160-171, 2010. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/3978/1825>
30. Souza ECF, Vilar RLA de, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha, PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2008 [acesso em 2021 maio 25]; 24(1 suppl): 100-110. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2008.v24suppl1/s100-s110/pt>
31. Soares SS, Lima LD de, Castro ALB. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. J. Manag. Prim. Health Care. [Internet]. 2014 [acesso em 2021 maio 25]; 5(2): 170-177. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/213/216>
32. Ortega MAF, Prato JBR, Coria AEI, Lara SB, Barrell AE, Téllez, VMJ. Os sistemas de referência e contra-referência de pacientes na América Latina: mecanismos de coordenação assistencial e papel da medicina de família e comunidade. Rev. bras. med. fam. Comunidade. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 25]; 11(2 suppl): 37-45. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1384/806>
33. Hernandez PF. Unidade de pronto atendimento e a articulação com os níveis de atenção às urgências e emergências. RPPD. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 25]; 1(1): 53-67. Disponível em: <http://www.ichs.uff.br/ojs/index.php/rppd/article/view/14>

34. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc. Cuid. Saúde*. [Internet]. 2008 [acesso em 2021 maio 25]; 7(1): 65-72. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n1/245-256/pt>
35. Fleury S, Ouverney A. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. *RPBG* [Internet]. 2012 Jul [acesso em 2021 maio 25]; 11(2-3): 74-83. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v11n2-3/v11n2-3a07.pdf>