

## Caracterização do atributo acesso na Atenção Primária à Saúde nos Contratos de Gestão das Organizações Sociais de Saúde no município de São Paulo

*Characterization of the attribute access in Primary Health Care in management Contracts of Social Health Organization in the city of São Paulo*

Edson Rufino<sup>1</sup>, Nivaldo Carneiro Junior<sup>2</sup>

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: outubro de 2021 – Aceito: abril de 2022

### RESUMO

O acesso aos cuidados de saúde está assegurado a todos na Constituição Federal de 1988. Para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) definiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), devido a seus atributos, como prioritária para a concretização desse objetivo. A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) adotou a contratualização com Organizações Sociais de Saúde (OSS) para a implementação da Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo visa caracterizar o atributo acesso na APS nos Contratos de Gestão entre a SMS-SP e as OSS. Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa com análise documental e de conteúdo dos Contratos de Gestão celebrados no período de 2014 a 2020. Os resultados apontam elevada frequência da dimensão disponibilidade, refletindo em oferta de serviços e recursos os mais variados. Todavia, as baixas frequências da acessibilidade e aceitabilidade fragilizam a adequação desses serviços e recursos, evidenciada pela ausência de documentos descritivos relativos aos cenários socioeconômicos dos territórios.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acesso aos cuidados de saúde. Contratos. Organização Social. Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

Access to health care is guaranteed to all in the Federal Constitution of 1988. To this end, the Unified Health System (SUS) defined the Family Health Strategy (ESF), due to its attributes, as a priority for achieving this objective. The Municipal Department of São Paulo (SMS-SP) adopted a contract with Social Health Organizations (OSS) to implement Primary Health Care (PHC). This study aims to characterize the access attribute in the APS in the Management Contracts between SMS-SP and OSS. Qualitative research was carried out with document and content analysis of the Management Contracts signed in the period from 2014 to 2020. The results point to a high frequency of the availability dimension, reflecting the most varied offer of services and resources. However, the low frequencies of accessibility and acceptability weaken the adequacy of these services and resources, evidenced by the absence of descriptive documents related to the socioeconomic scenarios of the territories.

**KEYWORDS:** Access to health care. Contracts. Social Organization. Primary Health Care.

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1585-7424>. E-mail: erufino64@gmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1358-9160>.

## INTRODUÇÃO

O acesso aos cuidados de saúde é um direito constitucional, fundamentado nos princípios de cidadania e dignidade da pessoa humana. Nessa direção, o Sistema Único de Saúde (SUS) definiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo orientador da Atenção Primária à Saúde (APS), visando torná-la a porta de acesso prioritária ao sistema de saúde que deverá oferecer à população ações de redução de riscos de doenças e outros agravos, bem como promoção, proteção e recuperação da saúde de forma equânime, reconhecendo que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à toda diversidade<sup>1, 2, 3</sup>.

O acesso é fundamental para o desempenho dos sistemas de saúde. No entanto, é um tema multidimensional e multifacetado, que envolve aspectos políticos, econômicos e sociais capazes de alterar a organização dos sistemas de saúde. Possui extensa tradição de análise e variações na sua definição e modelos teóricos, demonstrando toda sua complexidade<sup>4, 5, 6</sup>.

No contexto do Plano de Reforma do Aparelho do Estado brasileiro (PDRAE), inspirado no movimento da Nova Gestão Pública (NGP), a partir da década de 1990, o modelo de gestão por contratualização com Organizações Sociais de Saúde (OSS) tornou-se predominante no município de São Paulo. Nesse sentido, o Contrato de Gestão tornou-se o documento em que são firmados e pactuados os compromissos, metas e objetivos para a execução da ESF<sup>7, 8, 9</sup>. Vale destacar que no município há uma importante heterogeneidade e desigualdades sociais extremas que levam à convivência em um mesmo território de coletivos com diferentes níveis de exposição à vulnerabilidade social<sup>10, 11, 12, 13</sup>.

Essas concepções do acesso, envolvendo o direito à saúde, os aspectos multidimensionais e a diversidade socioeconômica dos coletivos presentes no município serviram de base para indagação e análise dos termos do Contrato de Gestão. Nessa direção, buscou-se identificar de que forma ele incorpora toda essa complexidade para executar a ESF, assim como identificar as regiões e a distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

## METODOLOGIA

Neste estudo utilizamos o modelo teórico de Penchansky e Thomas que definiram o acesso como o grau de ajuste entre as características e necessidades dos usuários e o serviços de saúde, abarcando as seguintes dimensões: a disponibilidade relaciona os tipos de serviços e recursos existentes como as instalações, profissionais e equipes, programas e serviços especializados; a acessibilidade relaciona a localização do serviço de saúde e a localização dos usuários, considerando recursos de transporte, proximidade dos serviços, tempo de deslocamento, distância e os custos envolvidos, a adequação dos profissionais e dos recursos

utilizados diante das necessidades dos usuários; a aceitabilidade, por fim, é a relação entre usuários e prestadores de serviços e a expressão de suas atitudes recíprocas, considerando características pessoais que envolvem crenças e valores. Com base nesse referencial, foi adotada uma matriz de variáveis (Quadro 1) para classificação dos termos analisados nos Contratos de Gestão<sup>14</sup>.

**Quadro 1** – Matriz de variáveis das dimensões do acesso

Dimensões do acesso	Definições	Variáveis
Acessibilidade	Relação entre a localização do usuário e do serviço de saúde, considerando recursos de transporte, proximidade dos serviços, tempo de deslocamento, distância e custos envolvidos e a adequação dos recursos e dos profissionais diante das necessidades dos usuários.	Agendamento de horários; Tecnologias de comunicação; Organização dos serviços; Marcação de consultas.
Aceitabilidade	Relação entre usuários e prestadores de serviços e a expressão de suas atitudes recíprocas, considerando características pessoais que envolvem crenças e valores.	Barreiras na comunicação; Barreiras nos atendimentos; Grau de satisfação com os serviços.
Disponibilidade	Tipos de serviços e recursos existentes: instalações, profissionais e equipes, programas, serviços especializados.	Serviços em rede; Equipamentos disponíveis; Recursos Humanos disponíveis; Programas de saúde especiais;

Fonte: Adaptado de Penchansky e Thomas<sup>14</sup>

Foi utilizada abordagem qualitativa com pesquisa documental, constituindo um *corpus* de documentos, e a análise de conteúdo nas suas diferentes modalidades, temática e lexical, que permitiram a identificação do objeto pesquisado pela seleção de frases, palavras e temas presentes nos documentos. Os temas foram classificados e submetidos às porcentagens simples, seguindo-se interpretações com base no quadro teórico de referência<sup>15, 16, 17</sup>.

Os dados dos Contratos de Gestão foram coletados da página da SMS/SP, no portal da Prefeitura: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>. Sendo esses dados secundários de domínio público, não houve a necessidade de submetê-los ao Comitê de Ética

em Pesquisa. Foram selecionados e analisados os Contratos de Gestão vigentes e atualizados com as alterações ocorridas em 2014, delimitando o período de setembro de 2014 a julho de 2020.

## RESULTADOS

É importante destacar que todos os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de APS são denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>3</sup>. Nesse sentido, foi identificado que os Contratos de Gestão abarcam diferentes estabelecimentos de saúde, e, por conseguinte, foi importante levantar a cobertura e extensão das UBS no município. A Tabela 1 apresenta a distribuição das UBS nas diferentes regiões do município.

**Tabela 1** – Distribuição das UBS por regiões do município de São Paulo, 2020

Regiões	UBS	
	N	%
Leste	179	39,4
Sul	145	31,9
Norte	93	20,5
Oeste	29	6,4
Centro	8	1,8
Total	454	100,0

Fonte: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>

O município de São Paulo possui 96 distritos administrativos, sendo que destes, 98,0% abarcam as 454 UBS, gerenciadas por nove OSS, através de 22 Contratos de Gestão. Em 2,0% dos distritos as UBS são gerenciadas por Termo de Convênio, documento distinto que não está incluído neste estudo.

Nas regiões Leste, Sul e Norte, além do maior número de UBS, estão presentes também as maiores concentrações de coletivos em situação diferenciada de exposição à vulnerabilidade social. Tal constatação reforça a lógica de que se deve considerar a totalidade de situações

envolvidas nas condições de vida das pessoas presentes nos territórios, sob pena de não se implementar a orientação das políticas de saúde<sup>13</sup>.

O Contrato de Gestão possui quinze cláusulas que são reproduzidas homoganeamente em vinte e dois contratos distribuídos entre nove OSS. Entretanto, nem todas são de interesse para o estudo devido à característica de orientação sobre fluxos administrativos e burocráticos. As de maior interesse são: “Das obrigações e responsabilidades da contratada” e o Anexo “Descrição técnica / Informações técnico-gerenciais”. Entretanto, nesse último há uma considerável fragmentação da informação assinalada ou por ausência total do documento em vários contratos, ou pela presença apenas de trechos do Anexo em outros, situação que persiste mesmo com o pedido de informação realizado à Prefeitura com base na Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011<sup>18</sup>.

Apesar dessa fragmentação, a análise do material disponível nesse Anexo proporcionou a identificação de diversas variáveis relativas às dimensões do acesso. Por fim, os Termos Aditivos de cada Contrato de Gestão contêm o histórico das ações realizadas ao longo do período de vigência do contrato. Foram selecionados aqueles relacionados à APS e ao tema do acesso. A sumarização das análises desse *corpus* de documentos está no Quadro 2, que apresenta por dimensão do acesso suas respectivas variáveis e frequências absolutas e relativas identificadas.

**Quadro 2** – Frequências das dimensões do acesso nos Contratos de Gestão, 2020

Dimensões do acesso	Variáveis	N	%
Disponibilidade	Programa de redução de danos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Programa Mais Médicos pelo Brasil; Programa Horta Viva; Programa Acompanhante de Idosos; Reformas e Adequação de UBS; Aquisição de equipamentos; Adequação do quadro de RH; Implantação de novas UBS; Inclusão de equipes de saúde bucal; Alteração de serviços das UBS; Inclusão de equipes de consultórios na rua; Construção de farmácias; Inclusão de equipes ESF; Campanha febre amarela; Implantação de UBS/URSI; Implantação de equipe Conselho Alimentar; Inclusão de equipe multidisciplinar atenção domiciliar; Contratação de Agente de Proteção Ambiental; Implantação de equipes ESF; Inclusão de equipes NASF; Inclusão de ESB.	47	78,4

(Conclusão)

Dimensões do acesso	Variáveis	N	%
Acessibilidade	Adequação dos serviços considerando a distância entre moradias e os serviços de saúde; Horários de funcionamento contemplando especificidades regionais (rural, indígena etc.); Organização das agendas dos profissionais com base nas necessidades dos territórios e os horários marcados; Informatização-tablets para ACS; Implantação de prontuário eletrônico.	8	13,3
Aceitabilidade	Informação aos pacientes sobre seus direitos como usuários dos serviços e das ações de saúde; Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário; Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e mental; Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual, por ministro de qualquer culto.	5	8,3

Fonte: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>.

## DISCUSSÃO

O acesso aos cuidados de saúde é um tema muito importante em saúde coletiva, pois nos ajuda a compreender o grau de ajuste entre as necessidades da população e os serviços de saúde. As variáveis identificadas e suas diferentes frequências das dimensões do acesso nos Contratos de Gestão sugerem fragilidades no grau desse ajuste.

Nessa direção, a homogeneidade dos Contratos de Gestão não condiz com a heterogeneidade dos coletivos que convivem nos territórios. As baixas frequências das dimensões aceitabilidade e acessibilidade, assim como a expressão das suas variáveis, não incluem a diversidade socioeconômica das coletividades dos territórios, sugerindo que os coletivos convivem em uma mesma realidade social em condições de vida homogêneas. Por conseguinte, isso fragiliza o alcance da satisfação com os serviços, pois tal diversidade determina necessidades de saúde distintas. Outrossim, a alta frequência na disponibilidade de serviços e recursos não garante o acesso aos cuidados de saúde ao desconsiderar realidades sociais heterogêneas<sup>10, 11, 12, 13</sup>.

Diversos estudos apontam como sendo fundamentais os aspectos relativos à condição de vida das pessoas para compreensão das necessidades de saúde: a desigualdade social, a vulnerabilidade por ausência de recursos para sua própria proteção dos riscos à saúde, a

infraestrutura e serviços públicos, a exposição à violência entre outros. Sem considerá-los não há como o acesso ser efetivo, é indiscutível a relevância em se considerar múltiplos e distintos contextos dos territórios para pensar a prática na APS<sup>19, 20, 21</sup>.

Presume-se que essas fragilidades identificadas possam influenciar a utilização das UBS de três maneiras: utilização menor dos serviços; buscar outros tipos de serviços menos adequados para resolver os seus problemas de saúde; menor satisfação com os serviços<sup>14</sup>.

O legado da Nova Gestão Pública (NGP) determinou ao Município o papel de financiador e regulador dos resultados da contratualização dos serviços de saúde expressos mediante avaliação de metas, indicadores e objetivos pactuados nos Contratos de Gestão com as OSS<sup>22</sup>. Entretanto, o tema do acesso é multifacetado e multidimensional. A ausência dos aspectos socioeconômicos identificados nos Contratos de Gestão aponta para um gerencialismo de acordo com o qual o cumprimento de metas e objetivos seria capaz de solucionar problemas de saúde das coletividades, mas que, no fundo, encobre a precarização do trabalho das equipes profissionais que são pressionadas a cumprir indicadores falsamente ligados a um ideário de meritocracia<sup>23, 24, 25, 26</sup>.

Considera-se também que tal caracterização do acesso nos Contratos de Gestão contradiz os atributos da APS, que deixa de ser orientada para a comunidade ao desconsiderar suas desigualdades dentro e entre os diferentes agrupamentos; deixa ainda de ser a porta de entrada prioritária para o sistema de saúde porque, ao perceberem que suas singularidades foram desconsideradas, os usuários procuram outros serviços, não na UBS, determinando, por conseguinte, o seu uso. E já que esta não vai oferecer uma maior amplitude de serviços, não há integralidade, o que, por sua vez, diminui o peso da coordenação, especialmente se alguns serviços forem oferecidos em outro local que não na UBS de referência das famílias<sup>27, 28, 29, 30, 31</sup>.

## CONCLUSÃO

O acesso aos cuidados de saúde é fundamental para a compreensão dos sistemas de saúde. No entanto, é importante considerar a variedade de modelos de análise que evidenciam a complexidade do tema e destacar a existência de outros determinantes que o integram. Nesse sentido, por um lado, vimos a importância dos fatores da oferta e organização dos serviços em torno da caracterização socioeconômica dos territórios; por outro, determinantes relativos à utilização também são necessários, ou seja, o acesso pode ser influenciado pelas características tanto de quem fornece quanto de quem utiliza os serviços.

## REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. [Internet]. [acesso em 2021 set. 7]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
2. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 8.080, de 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. [Internet]. [acesso em 2021 set. 7]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2.436, de 21 de Setembro 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). [Internet]. [acesso em 2021 set. 7]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
4. Levesque JF, Harris M, Russel G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 2013, 12:18 [acesso em 2021 set. 12]. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>
5. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*; 17(11): 2865-75 [acesso em 7 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/abstract/?lang=pt>
6. Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. 2008. *Cad. Saúde Pública*; 24(5): 1168-73 [acesso em 2021 set. 18]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WfKMpKTHBcy7TyxYKc6bMJj/?lang=en&format=pdf>
7. Abrucio FL. Contratualização e Organizações Sociais: reflexões teóricas e lições da experiência internacional. 2006 [Internet]. *Debates GV Saúde*. [acesso em 2021 jul. 7]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/debatesgvsauade/article/view/34957>
8. Carneiro Junior N. O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidade e limites na gestão pública da saúde. [Tese Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2002. [acesso em 2021 jul. 7]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14072003-133411/pt-br.php>
9. Tonelotto DP, Crozatti J, Righetto P, Escobar RA, Peres UD. Participação de organizações sociais no orçamento da saúde do município de São Paulo no período de 2003 a 2016. *RC&C. Set./Dez.* 2018, 10(3): 69-85 [acesso em 2021 set. 7]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rcc/article/view/62834>
10. Torres HG, Marques E, Ferreira MP, Bitar S, Pobreza e espaço: padrões de segregação em São Paulo. 2003. *Estudos Avançados*; 17(47): 97-128 [acesso em 2021 jul. 7]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/p3chLgjdFLFFgSwWVYjndxx/?lang=pt>
11. Alves HPF. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. 2006. *Revista Brasileira de Estudos de População*; 10(1): 43-59 [acesso em 2021 jul. 7]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/6LBPFTkP3J5BGsdGLmQRsBg/?lang=pt&format=pdf>

12. Alves HPF, Torres HG. Vulnerabilidade socioambiental na cidade de São Paulo: uma análise de famílias e domicílios em situação de pobreza e risco ambiental. 2006. São Paulo em Perspectiva; 20(1): 44-60 [acesso em 2021 jul. 12]. Disponível em: [http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01\\_04.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_04.pdf)
13. CEM-CEBRAP; SAS-PMSP. Mapa da vulnerabilidade social da população da cidade de São Paulo. São Paulo: Sesc-SP, 2004 [Internet] [acesso em 2021 mai. 21]. Disponível em: <https://centrodametropole.fflch.usp.br/pt-br>
14. Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access - definition and relationship to consumer satisfaction. 1981. Medical Care; 19(2): 127-40 [acesso em 2021 set. 8]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7206846/>
15. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Delauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 295-316.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.
18. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso à informação e dá outras providências. [acesso em 2021 set. 9]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)
19. Ayres JR, Paiva V, França Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012, p. 71-94.
20. Chiavegatto Filho ADP, Gotlieb SLD, Almeida SL, Kawachi I. Como incluir características dos distritos do município de São Paulo em estudos epidemiológicos? Análise da desigualdade de renda pelo uso do *propensity score matching*. 2013. Saúde Soc.; 22(4): 1145-53. [acesso em 2021 set. 9]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/>
21. Akerman M, Sanine PR, Caccia-Bava MCG, Marim FA, Louvison M, Hirooka LB, et al. (Org.). Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS. Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. 479 p.
22. Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Revista de Administração de Empresas. 2008, 48(3): 64-80. [acesso em 2021 jul. 7]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/>
23. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. 2016. Saúde Soc. São Paulo; 25(2): 290-305. [acesso em 2021 set. 9]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/>
24. Nogueira Kwas. O gerencialismo na saúde pública: uma análise sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Campina Grande. Paraíba, 2020. [acesso em 2021 set. 1]. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/12487?show=full>
25. Terra LSV, Campos GWS. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. 2019. Trab Edu Saúde; 17(2): 1-19. [acesso em 2021 set. 9]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/sQF3VTBfg4Cq9XHgdc4ns3G/abstract/?lang=pt>
26. Aparecido Dias C, Siqueira MVS, Moraes APS, Gomes KBP. Ideologia gerencialista e

- adoecimento mental no trabalho: uma análise crítica. 2019. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*; 22(2): 185-98. [acesso em 2021 set. 9]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/162257/160714>
27. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
28. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Vasconcelos da Silva E. Atributos essenciais da atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. 2018. *Saúde Debate*; 42(1): 52-66. [acesso em 2021 set. 9]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/?lang=pt&format=pdf>
29. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. 2013. *Rev Bras Enferm*; 66(esp.):158-64. [acesso em 2021 set. 9]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>
30. Turci MA, Costa MFL, Macinko JA. Avaliação da Atenção Primária e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência: um estudo em cidade brasileira. 2019. *APS em Revista.*, 1(1): 3-17. [acesso em 2021 set. 9]. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/13>
31. Frenk J. El concepto y la medicion de accesibilidad. In: White KL (et al.). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia*. Washington-DC. OPS, 1992, p. 929-43.