

Rede de atenção e condições sanitárias das unidades de saúde da família: há alguma relação?

The care network and sanitary conditions of family health units: is there any relationship?

Red de atención y condiciones sanitarias de las unidades de salud de la familia: ¿hay alguna relación?

Leidiane Andrade Barreto¹; Mariluce Karla Bomfim de Souza^{II}; Elaine Andrade Leal Silva^{III}

RESUMO

Objetivo: discutir as concepções e modos/estratégias de operacionalização da rede de atenção à saúde, bem como as condições sanitárias de USF. **Método:** estudo qualitativo realizado em 2014, com 30 entrevistas a gestores, trabalhadores e usuários de oito unidades de saúde da família (USF) de um município do nordeste brasileiro. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número CAAE: 24516113.1.0000.5030. **Resultados:** os dados apontaram a fragilidade na articulação entre os pontos de atenção, caracterizando a fragmentação do sistema de saúde. As condições sanitárias das unidades revelam: faltam instrumentos, equipamentos, profissionais e estrutura ideal para atender as necessidades de saúde da população, o que compromete a resolutividade nestes serviços, bem como altera os fluxos e sobrecarrega a atenção secundária e terciária. **Conclusão:** considerando que a atenção primária à saúde representa a base, a resolutividade e o centro de comunicação da rede, as condições sanitárias adequadas das USF devem ser garantidas pelos gestores.

Palavras-chave: Redes de atenção à saúde; condições sanitárias; atenção primária à saúde; centros de saúde.

ABSTRACT:

Objective: to discuss the conceptions and operationalization strategies of the health care network, as well as the health conditions of family health units. **Method:** qualitative study conducted in 2014, with 30 interviews with managers, workers and users of eight family health units (USF) in a municipality in the Brazilian Northeast. It was approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 24516113.1.0000.5030). **Results:** data pointed out fragility in the articulation between the different attention sectors, characterizing the fragmentation of the health system. The health conditions of the units reveal: lack of instruments, equipment, professionals and that there is not ideal structure to meet the health needs of the population. As consequence there is prejudice for the outcomes of these services, as well as changes in flows and overloads secondary and tertiary care. **Conclusion:** since the primary health care represents the basis, the resolutivity and the communication centre of the network, managers must guarantee the appropriate sanitary conditions of the FHU.

Keywords: Health care networks; sanitary conditions; primary health care; health centres.

RESUMEN:

Objetivo: discutir las concepciones y estrategias de operacionalización de la red de atención en salud, así como las condiciones de salud de las unidades de salud de la familia. **Método:** estudio cualitativo realizado en 2014, con 30 entrevistas con gerentes, trabajadores y usuarios de ocho unidades de salud familiar (USF) en un municipio del Nordeste brasileño. Fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CAAE: 24516113.1.0000.5030). **Resultados:** los datos señalaron la fragilidad en la articulación entre los distintos sectores de atención, caracterizando la fragmentación del sistema de salud. Las condiciones de salud de las unidades revelan: falta de instrumentos, equipos, profesionales y que no existe una estructura ideal para satisfacer las necesidades de salud de la población. Como consecuencia hay prejuicios para los resultados de estos servicios, así como cambios en los flujos y sobrecargas de atención secundaria y terciaria. **Conclusión:** dado que la atención primaria de salud representa la base, la resolutividad y el centro de comunicación de la red, los gerentes deben garantizar las condiciones sanitarias adecuadas a las UFH.

Palabras Clave: Redes de atención de salud; condiciones sanitarias; atención primaria de salud; centros de salud.

INTRODUÇÃO

A operacionalização da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcada por uma fragmentação entre os serviços, ações e práticas justificadas por diversos fatores, dentre eles: existência de lacunas assistenciais importantes; financiamento público insuficiente; configuração inadequada dos modelos de atenção; pulverização dos serviços no município e pouca inserção da vigilância e promoção

em saúde no cotidiano dos serviços principalmente na Atenção Primária em Saúde (APS)¹.

Tais fatores constituem-se desafios a serem enfrentados exigindo a reorganização do sistema de saúde, a basear-se no desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para a promoção de uma integração sistêmica entre os diversos serviços e ações em saúde de maneira a efetivar as diretrizes do SUS.

¹Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: leilla-06@hotmail.com.

^{II}Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: marilucejbv@yahoo.com.br.

^{III}Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: ealealsilva@hotmail.com.

Diante disso, este estudo objetivou discutir as concepções e modos/estratégias de operacionalização da RAS, bem como as condições sanitárias de unidades de saúde da família, entendendo-as como potenciais centros de comunicação de toda a rede. A partir desta discussão, pretende-se responder se há alguma relação entre a operacionalização da RAS e as condições sanitárias das unidades de saúde da família.

REVISÃO DE LITERATURA

As RAS consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes modalidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, pretendem assegurar, a integralidade do cuidado². De acordo com a Organização Panamericana da Saúde, as RAS têm gerado impacto positivo sobre os modelos de saúde, além do que reduzem a fragmentação da atenção, melhoram o custo efetividade dos serviços de saúde, diminuem hospitalizações e aumentam a satisfação dos usuários³.

Considerando a necessidade de reorganização do sistema de saúde e mudança do modelo de atenção à saúde, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), apresenta a APS ou atenção básica (AB) como a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede e coloca suas funções, ser base e resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população⁴.

Para tanto, os serviços de APS constituídos pelas unidades básicas de saúde (UBS), sem ou com equipes de saúde da família, devem dispor de recursos mínimos para a garantia do seu funcionamento. A PNAB, no que traz as responsabilidades das esferas de governo, destaca a garantia das condições da infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS, bem como a garantia de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o seu funcionamento e para a execução do conjunto de ações propostas, devendo ser considerada as normas sanitárias e as recomendações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde⁵.

No entanto, em muitas realidades brasileiras, os problemas de infraestrutura dos serviços de saúde substanciam os questionamentos acerca da efetividade dos serviços de AB, de forma a relacioná-los, em alguma medida, às práticas profissionais e suas respostas às demandas da população^{5,6}.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem qualitativa. Este é um recorte do projeto maior intitulado Condições sanitárias das unidades de saúde da família: desafios para o processo de trabalho, a saúde da população e a gestão em saúde⁶, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa no estado da Bahia (Fapesb).

Constituiu campo deste estudo as unidades de saúde da família (USF) de um município do interior do

nordeste do Brasil, com 94.077 habitantes, que tem 100% de cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e pouco mais de 80% de estratégias saúde da família⁷. Foram incluídas duas USF por distrito sanitário, selecionadas de forma aleatória, que totalizaram oito USF's, sendo uma da zona rural.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e maio de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas, dispondo de três distintos roteiros para cada grupo de participantes (gestores, trabalhadores e usuários). Para garantir o anonimato, os entrevistados foram identificados com códigos formados por letras e números, com uma sequência numérica representada de 1 a 8, correspondente à sequência de realização das entrevistas por grupo de participantes. A letra G representa o grupo dos gestores; T, os técnicos de enfermagem; P, os profissionais de nível superior, médico ou cirurgião dentista e U o grupo dos usuários.

O grupo de gestores foi representado por pessoas que ocupam cargos formais na Secretaria Municipal de Saúde (secretário de saúde, diretor e coordenadores). Os grupos de G, T e P corresponderam àqueles lotados nas USF selecionadas aleatoriamente, e quanto ao grupo de U foi constituído por aqueles encontrados na oportunidade da coleta de dados. Para um melhor delineamento da pesquisa, alguns critérios de inclusão foram definidos para a seleção dos sujeitos, a saber: ser profissional em atividade na rede básica do município; os gestores devem apresentar atuação na gestão por pelo menos um ano no exercício da função; os usuários devem apresentar cadastro nas unidades por pelo menos um ano. Alguns critérios foram definidos para todos os participantes como: apresentarem maioridade e aceitarem participar do estudo.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo em suas três etapas: a pré-análise, na qual se escolhe os documentos, e formula as hipóteses e objetivos para a pesquisa; a exploração do material, utilizando técnicas específicas de acordo com os objetivos; o tratamento dos resultados e interpretações⁸. Os dados foram analisados e discutidos a partir de duas categorias: Operacionalização da rede de atenção à saúde; condições sanitárias das USF.

Foram observados os princípios éticos para a realização deste estudo, atendendo aos aspectos exigidos para pesquisa envolvendo seres humanos tratados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹. Houve aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com número de parecer 520.954.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material produzido, a partir das entrevistas, possibilitou tecer uma análise das concepções, modos e estratégias para a operacionalização da RAS e das condições sanitárias das USF.

Operacionalização da rede de atenção à saúde

As entrevistas dos gestores revelaram um entendimento conceitual convergente sobre as RAS. Todavia, os relatos, em geral, denunciam a fragilidade na articulação entre os pontos de atenção, caracterizando a fragmentação do sistema de saúde.

Um entrevistado apresenta claramente a sua concepção de RAS:

A forma de organizar o sistema de saúde, em que na verdade o usuário tem que está numa posição central, [...] há uma diferença entre média, alta complexidade e atenção básica, mas que esse usuário tenha um percurso não mais definido por uma pirâmide [...]. (G4)

Esse relato destaca o papel central do usuário na articulação da rede. O depoente faz menção a um modelo de organização no SUS, o modelo de pirâmide, o qual pode ser ultrapassado por uma nova possibilidade a ser explorada, a proposta do círculo¹⁰. Em que, nesse novo paradigma, são construídos mecanismos que interligam os serviços e as necessidades dos usuários. Entretanto, na realidade, a organização, dos serviços de saúde ainda está agregada a velhos modelos de organização convivendo com a experimentação, em algumas localidades, de novas práticas que se aproximam da proposta da RAS.

Alguns relatos trouxeram uma concepção reduzida a respeito das RAS e também expuseram em a falta de compressão sobre a temática:

Olhe eu entendo que a Rede de Atenção à Saúde é muito importante para o usuário que tem baixa condição financeira [...]. (T5)

Não posso, não tenho como falar sobre isso. (P5)

O técnico de enfermagem mencionado, anteriormente, reduz o conceito de rede a AB e afirma que os serviços ofertados pela rede devem beneficiar exclusivamente a população menos favorecida financeiramente, o que revela desconhecimento do princípio da universalidade proposto pelo SUS, reforçando a concepção de SUS para pobres.

Em investigação feita com usuários das unidades de saúde de Porto Alegre, foi constatada que a maior utilização dos serviços prestados pela USF deu-se pelas pessoas de menor nível socioeconômico, que pode ser justificado pelo maior acesso desse grupo aos serviços de saúde por se apresentarem em situações mais vulneráveis e por não dispor de outros meios para a resolução de sua demanda em saúde¹¹.

Para este estudo considera-se modo de operacionalização da rede a forma como a RAS se organiza e se articula, a partir dos fluxos e contrafluxos. Os dois relatos seguintes são contrastantes, o que se observa é que para alguns a rede vem funcionando perfeitamente e para outros como essa rede não existe:

[...] é uma ligação direta com todos os serviços [...] aqui a gente tem a atenção básica que é a porta de entrada e tem outros serviços especializados, então a gente como

porta de entrada faz todos esses encaminhamentos para viabilizar o atendimento dessa população [...]. (G6)

[...] a organização das redes de saúde fica, infelizmente, um pouco distante do trabalho de Vigilância [...]. A gente deveria trabalhar muito mais em conjunto, associado, enovelados. [...] então a nossa rede de saúde de uma forma geral ela não existe [...]. (G5)

O relato de um profissional participante do estudo refere sobre a necessidade dos trabalhadores conhecerem toda a RAS e aponta:

O que acontece nessa rede de atenção é que cada um está funcionando por si próprio [...], então cada um está correndo assim [...] funciona muito independente [...] então isso é ruim para o município [...]. (P2)

A partir deste relato, pressupõe-se que existem poucos momentos de discussão coletiva, capacitações, reuniões entre profissionais e coordenação, o que compromete a articulação entre os profissionais e os serviços.

O relato de outro profissional menciona as dificuldades no processo de regulação dos serviços da atenção especializada e também a insatisfação, não somente dos usuários como também dos próprios profissionais, que lidam com essas dificuldades rotineiramente.

Fica muito difícil para os pacientes, [...] o paciente chega lá em um dia do mês deixa seu encaminhamento, mas esse paciente não sabe em que dia vai ser avaliado, às vezes, no próximo mês, em que poderá ser atendendo ou não [...]. (P3)

Diferente deste último relato, um estudo realizado em três capitais do Brasil, Belo Horizonte, Florianópolis e Aracaju, sobre a organização dos fluxos de referência para a atenção especializada apresenta bons exemplos de como é possível organizar esses serviços. Nestas cidades as consultas são agendadas na própria USF, de acordo com a referência dada pelo médico, geralmente o pedido é inserido em um sistema, onde é feita a classificação do risco, com a data e o serviço de referência solicitado, o qual posteriormente será informado ao usuário. Para que haja resolubilidade da APS é necessário o acesso a consultas e procedimentos disponíveis na atenção secundária, e também, quando existe uma baixa resolubilidade da atenção primária, aumenta-se a demanda para a atenção secundária¹².

Eis outro depoimento:

A atenção básica não consegue suprir o que deveria suprir e acaba lotando as outras referências [...]. (P4)

São recorrentes no município a sobrecarga da atenção especializada e a falta de resolubilidade da AB, potencializada por procedimentos que poderiam ser feitos neste nível de atenção. Assim, a análise dos resultados permite apontar que a falta de coordenação das RAS demarcada pela não resolubilidade da AB compromete a organização em rede e potencializa a fragmentação dos serviços.

A pouca resolutividade da APS/AB, ultrajada por condições sanitárias ainda distantes do preconizado pelo Ministério da Saúde, se constitui numa grande dificuldade para a organização da rede de atenção, exigindo, portanto, dos gestores e demais trabalhadores de saúde a discussão sobre modos e estratégias para a sua operacionalização, de acordo com as diversas realidades locorregionais que caracterizam a realidade brasileira.

Condições sanitárias das USF

Este estudo considera condições sanitárias - o conjunto de elementos capazes de favorecer adequadamente o funcionamento efetivo dos serviços de saúde, a partir da disposição de pessoas, equipamentos, insumos, instalações físicas, elétricas e hidráulicas, gerenciamento dos resíduos sólidos e infectantes, de modo a influenciar na redução dos riscos e dos sofrimentos e potencializar a saúde em geral. O conceito provisório adotado para este estudo foi elaborado a partir das reflexões sobre pesquisas anteriores no que se refere a saneamento básico, infraestrutura e intervenção sanitária^{5,6,10-13}.

Os termos referidos anteriormente subsidiaram a elaboração de um conceito provisório, haja vista as reflexões geradas e a produção do conhecimento que permite as indagações e as reconstruções conceituais. De certo, as condições sanitárias influenciam sobremaneira as ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde dos serviços, que vezes se veem limitados para a realização de procedimentos, por falta de materiais ou a inadequação da própria estrutura física. Assim, o conhecimento de tais condições sanitárias se faz indispensável para o estabelecimento de medidas de proteção dos riscos, promoção à saúde e de reorganização do sistema.

Quando perguntados sobre a análise das condições sanitárias no município, percebeu-se que a maioria, entre gestores e trabalhadores, foi concernente à precariedade e improvisação das instalações das USFs:

Longe do ideal [...] a realidade do município é muito distante do que a gente espera para a atenção básica, a maioria das USF funciona ainda em imóveis adaptados sem as condições necessárias pra se fazer um bom trabalho na saúde da família [...]. (G1)

Diante da análise dos resultados quanto à precariedade da estrutura física, os entrevistados revelaram que tal fator seja atribuído as adaptações dos imóveis alugados. Fora, evidenciadas em um estudo realizado nas UBS, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, as condições inadequadas de trabalho relacionadas, principalmente, à estrutura física das unidades, funcionando em antigos centros comunitários que apresentaram falta de salas para atendimento, falta de acomodação adequada dos usuários, organização do trabalho prejudicada, refletida pela falta de materiais, que impulsionam os trabalhadores a adquirirem esses insumos, a partir de recursos próprios¹³. Tais realidades têm se constituído desafios para garantir a qualificação e resolutividade da APS¹⁴.

Diante dos resultados analisados e dos diferentes posicionamentos dos participantes, percebe-se um consenso sobre determinados aspectos que comprometem as condições sanitárias das unidades, a exemplo da ventilação, a disponibilidade de equipamentos para uso da população e as questões do acesso:

[...] está faltando ventilador na área, a gente fica todo mundo abafado [...] não tem bebedouro aqui [...] então está faltando isso tudo ainda para chegar a ser um posto de primeira qualidade nem que não seja de primeira, mas seja de segunda [...]. (U5)

Além das questões estruturais, um dos participantes ressaltou sobre a questão dos medicamentos. A falta de medicamento é um fator que dificulta a continuidade do atendimento o que pode ocasionar, na equipe de saúde, insatisfação com as condições de trabalho, gerando sentimento de indignação diante do sofrimento do usuário e da dificuldade de agir¹⁵.

[...] nesses 6 meses temos falta de medicamentos importantes para a população, então hoje, por exemplo, um paciente veio para a consulta e eu iria indicar tal medicação porque acho que temos aí, mas o paciente disse não doutora aqui não tem, efetivamente não temos [...]. (P3)

Um gestor entrevistado destacou a importância das condições sanitárias para a promoção à saúde, utilizando um conceito de saúde abrangente, que não se restringe às práticas curativistas. Ele ainda deixa transparecer a concepção sobre cidades saudáveis, uma importante estratégia de promoção à saúde:

Quando a gente fala em questão sanitária de unidade de saúde a gente não pode dissociar as unidades de saúde do resto da cidade, a cidade quase não tem rede de esgotamento sanitário, ainda tem coleta de lixo precária, a cidade ainda sofre com a qualidade da água potável, então toda a estrutura sanitária do município precisa melhorar pra gerar um impacto positivo também na unidade de saúde [...]. (G5)

Ainda foram registradas nas unidades investigadas, fragilidades e irregularidades na coleta de lixo contaminado e infectante (pela empresa responsável por tal serviço no município), o que tem gerado repercussões. Percebe-se que a falta de articulação de outros serviços que extrapolam o campo da saúde, impacta na organização e planejamento dos serviços, prestados. É necessário pensar que as condições sanitárias das unidades envolvem um arsenal de recursos, não só a ambiência. Algumas demandas extravasam o setor saúde, sendo necessária, talvez por parte dos gestores, a articulação no sentido de buscar, de forma coletiva, fortalecer ações intersetoriais, para que sejam buscadas alternativas e estratégias que venham a solucionar os problemas, que de algum modo interferem em outros setores, além da saúde.

Considerando a análise das entrevistas, a maioria dos gestores e profissionais apontou que as deficiências nas condições sanitárias estavam quase sempre relacionadas à ambiência, estrutura física e falta de insumos no trabalho. Enquanto que os usuários entrevistados

trouxeram a questão da higienização das unidades, a falta de equipamentos e de medicamentos, convergindo para a percepção dos gestores e profissionais, contudo os usuários ressaltam com maior intensidade a falta de medicamentos e equipamentos.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa apontam o desconhecimento de alguns profissionais e usuários sobre o conceito e os modos de operacionalização da RAS e denunciam a fragmentação na articulação entre os pontos de atenção da rede. O estudo revelou que a maioria das USFs do município estudado funciona em imóveis alugados, apresentando deficiências na estrutura física, falta de equipamentos, medicamentos, insumos, manutenção e descarte inadequado do lixo, que influenciam diretamente na qualidade dos serviços ofertados pelo SUS. Tal realidade evidencia a importância e a necessidade de direcionar as ações em saúde para a melhoria das condições sanitárias.

Nessa direção, conclui-se que a falta de recursos materiais, profissionais e estrutura para atender às necessidades de saúde da população pode, em algum grau, comprometer a resolutividade neste serviço, bem como alterar os fluxos dos demais níveis de atenção à saúde e por sobrecarregar os serviços da atenção secundária e terciária, comprometendo a finalidade da APS.

Apesar de parecerem eixos temáticos bem distintos e de difícil analogia, condições sanitárias das unidades e operacionalização da RAS apresentam-se, neste estudo, com uma relação condicionante, vinculada. Os resultados da pesquisa identificam que as condições sanitárias insatisfatórias das USFs podem interferir na organização e na oferta de serviços prestados, na ineficiência da comunicação entre os níveis de atenção e em falhas no processo de regulação, gerando, portanto, problemas para a operacionalização da RAS.

Entre as limitações da pesquisa, destaca-se a reduzida literatura de artigos sobre a temática.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica.

Brasília(DF):Gabinete Ministerial; 2011.

2. Ministério da Saúde (Br). Decreto nº 7508, de junho de 2011. Dispõe sobre a regulamentação da Lei 8.080, sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília (DF): Congresso Nacional;2011.

3. Organização Panamericana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. 2ª ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

4. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2012.

5. Souza MKS, Costa EA, Cunha ABO, Lima, YOR. Condições sanitárias das unidades de saúde da família: desafios para o processo de trabalho, a saúde da população e a gestão em saúde.. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva;2013.

6. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc saúde coletiva. 2006; 11(3): 669-81.

7. Ministério da Saúde (Br) Sala de apoio à gestão estratégica. Departamento de Atenção Básica. 2013 [citado em 12 ago 2016]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.

8. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa(Pt): Edições 70;2011.

9. Ministério da Saúde(Br). Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 2013; 4(2):3-12.

10. Cecílio, LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1977; 13(3):469-78.

11. Fernandes LCR; Bertoldi, AD; Barros, AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela estratégia de saúde da família. Rev Saude Publica. 2009; 43(4): 595-603.

12. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saúde Pública. 2010; 26(2):286-98.

13. Colomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). Rev Gaúcha Enferm [Periódico na internet] 2006 [citado em 12 ago 2016]; 27(4): 548-56. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/4640-14847-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/4640-14847-1-PB%20(1).pdf).

14. Mota RRA, David HMSL. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. Rev enferm UERJ. 2015, 23(1):122-7.

15. Vieira AMP, Cruz APF, Cunha UF. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde do município de Panamirim- RN. Rev Científica da Escola da Saúde. [Periódico na internet] 2012/2013 [citado em 14 de ago 2016]; Ano 2. Disponível em: <http://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/178>.