

REDE DE ATENÇÃO: FRAGILIDADES NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO NA PERSPECTIVA DE ESPECIALISTAS EM GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Francisco Jadson Silva Bandeira¹, Ana Cristina Viana Campos², Lucia Hisako Takase Gonçalves³

Objetivo: Conhecer, da perspectiva de profissionais capacitados em gestão de Atenção Primária em Saúde, fragilidades relacionadas aos atributos e elementos necessários à implementação de uma Rede de Atenção às Condições Crônicas na Região Metropolitana III, no Pará. **Metodologia:** Pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa, cujos dados foram colhidos por entrevista semiestruturada com 23 profissionais. A análise de conteúdo dos dados foi fundamentada nos preceitos organizativos da Rede de Atenção à Saúde. **Resultados:** Os profissionais alegaram fragilidades quanto aos atributos e elementos estruturais de atenção básica: falta de mecanismos de coordenação de cuidados, sistema de governança inoperante, estrutura operacional sem fluxos, déficit de insumos e de material, acesso precário no território, característica marcante na Região Norte. **Conclusão:** Constatam-se fragilidades na atenção básica e no sistema de governança, a falta de planejamento e pactuações. Urge estabelecer estratégias, planejamento e diálogo entre gestores de saúde da região, incluindo responsabilização dos serviços da rede e profissionais.

Descritores: Rede de Atenção à Saúde; Atenção Primária de Saúde; Política de Saúde; Enfermagem.

CARE NETWORK: THE IMPLEMENTATION PROCESS FROM PROFESSIONALS' PERSPECTIVE SPECIALIZED IN PRIMARY HEALTH CARE MANAGEMENT

Objective: To know, from the perspective of professionals trained in Primary Health Care management, weaknesses related to the attributes and elements necessary for the implementation of a Network of Attention to Chronic Conditions in the Metropolitan Region III, Pará. **Methodology:** Exploratory-Descriptive, Qualitative Research, the data collected by semi-structured interview of 23 professionals. The analysis of the content of the data was based on the organizational precepts of the Health Care Network. **Results:** The professionals claimed fragilities regarding attributes and structural elements of basic care: lack of coordination mechanisms for care, inoperative governance system, operational structure without flows, input and material deficits, precarious access in the territory, a striking feature in the Northern Region. **Conclusion:** We note weaknesses in basic care and in the governance system, the lack of planning and pacts. It is imperative to establish strategies, planning and dialogue among health managers in the region, including the accountability of network services and professionals.

Descriptors: Health Care Network. Primary Health Care. Health Policy. Nursing.

RED DE ATENCIÓN: EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN EN LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo: Conocer, desde la perspectiva de profesionales capacitados en gestión de Atención Primaria en Salud, fragilidades relacionadas a los atributos y elementos necesarios para la implementación de una Red de Atención a las Condiciones Crónicas en la Región Metropolitana III, en Pará. **Metodología:** Investigación exploratoria-descriptiva, cualitativa, los datos recogidos por entrevista semiestruturada, de 23 profesionales. El análisis del contenido de los datos fue fundamentado en los preceptos organizativos de la Red de Atención a la Salud. **Resultados:** Los profesionales alegaron fragilidades en cuanto a los atributos y elementos estructurales de atención básica: falta de mecanismos de coordinación de cuidados, sistema de gobernanza inoperante, estructura operativa sin flujos, déficit de insumos y de material, acceso precario en el territorio, característica marcante en la Región Norte. **Conclusión:** Se constata a las fragilidades en la atención básica y en el sistema de gobernanza, la falta de planificación y pactos. Es urgente establecer estrategias, planificación y diálogo entre gestores de salud de la región, incluyendo responsabilización de los servicios de la red y profesionales.

Descriptores: Atención para la Salud. Atención Primaria de Salud. Política de Salud. Enfermería

¹ Universidade Federal do Pará-UFPA/PA.

² Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará/PA.

³ Autor correspondente: Francisco Jadson Silva Bandeira - E-mail: jadsonsi_bandeira@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado⁽¹⁾. Organizam-se em um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos (municipal, estadual e federal), voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde. A construção dessa forma de relações intergovernamentais no sistema de saúde requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo responsável pela gestão do conjunto de políticas estabelecidas nos pactos que celebram^(2,3).

Uma das propostas na implementação das redes no país é o cuidado contínuo ao portador de doenças crônicas não transmissíveis, de elevada prevalência no Brasil⁽⁴⁾. Estima-se que a diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica atinjam respectivamente 6,3% e 23,3% da população adulta, daí a necessidade de rede de atenção e cuidados continuados a essa população⁽⁵⁾.

Nos últimos anos, o processo de descentralização e regionalização vem se tornando uma necessidade do sistema de saúde em face das novas estratégias de cuidado e atenção⁽⁶⁾. Assim, cabe aos municípios pertencentes a uma região de saúde assumir compromissos e trabalhar para enfrentar novos desafios de estruturar e organizar a atenção assistencial em rede.

A literatura sobre legislação que regulamenta as diretrizes para funcionamento das RAS destaca a exigência de participação dos níveis político-administrativos municipal, estadual e federal para construir o processo de atenção em forma de rede, incluindo profissionais tecnicamente capacitados⁽⁷⁾. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organizar a RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁸⁾, não há como prescrever um modelo organizacional único para as RASs; é imprescindível articular um conjunto de atributos essenciais ao seu funcionamento, que inclui: conhecer a população, o território e os estabelecimentos de saúde; manter uma Atenção Primária em Saúde (APS) como porta de entrada do sistema; prestação adequada de serviços especializados; existência de integração assistencial; prestação de cuidado e atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade; sistema de governança único para toda a rede; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio; recursos humanos capacitados; sistema

de informação integrado; financiamento tripartite; ação intersetorial e gestão baseada em resultados.

Ao demonstrar comprometimento com a Região Metropolitana III, que abrange 22 municípios do nordeste paraense, na implementação da atenção à saúde, a Secretaria de Estado de Saúde do Pará desenvolveu um curso de especialização, em 2014, para os profissionais da região, com vistas a formar gestores de saúde, preparando-os para implementar uma Rede de Atenção na região. Contudo, essa Rede não se efetivou. Tal fato levou-nos a indagar e buscar respostas, sob a perspectiva dos egressos capacitados nesse curso de especialização, sobre suas ponderações acerca da falta de movimento na formulação e implementação de Rede de Atenção às Condições Crônicas naquela Região Metropolitana, área já declarada como prioritária de atenção.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi: Conhecer, da perspectiva de profissionais capacitados em gestão de Atenção Primária em Saúde, fragilidades relacionadas aos atributos e elementos necessários à implementação de uma Rede de Atenção às Condições Crônicas na Região Metropolitana III, no Pará.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

Participaram do estudo 23 profissionais da saúde, egressos do Curso de Especialização em Gestão da Atenção Primária em Saúde, todos profissionais atuantes na função assistencial e/ou gerencial dos municípios naquela Região. Como critérios de inclusão, os profissionais participantes se encontravam em exercício na Região em 2016 (período estabelecido da pesquisa), que cumpriam o critério de inclusão na amostra. Foram excluídos aqueles egressos que não exerciam mais atividade de saúde ou não residiam nem atuavam na Região Metropolitana III.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Região de Saúde Metropolitana III, localizada na região nordeste do estado do Pará. Essa região engloba 22 municípios e uma população de 322.158 habitantes⁽⁹⁾.

Coleta de dados

A coleta das informações ocorreu no período de março à junho de 2016. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com questões elaboradas se-

gundo o objetivo proposto, a fim de conhecer as fragilidades relacionadas aos atributos e elementos necessários para implementar uma Rede de Atenção às Condições Crônicas. As entrevistas foram agendadas previamente por contato telefônico, deslocando-se o pesquisador aos 22 municípios da Região, onde cada profissional egresso selecionado atuava, de acordo com a disponibilidade de cada um, as entrevistas foram desenvolvidas em locais reservados, devidamente registradas em gravador de áudio. Uma vez gravadas, as entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente analisadas. Para garantir o anonimato dos sujeitos, adotou-se a letra "P" (profissional) seguida de número sequencial da realização das entrevistas (P01 a P23).

Procedimentos de análise de dados

Os dados transcritos das entrevistas foram organizados e analisados de acordo com as recomendações da análise de conteúdo⁽¹⁰⁾, ou seja, realizou-se uma leitura do material extraindo dele as fragilidades alegadas relativos aos atributos e elementos necessários à implementação de uma Rede de Atenção às Condições Crônicas na Região Metropolitana III, no Pará. Tais fragilidades organizadas foram discutidas procurando compreender sua relevância à luz dos preceitos organizativos da Rede de Atenção à Saúde^(1,7).

Procedimentos éticos

Esta pesquisa buscou seguir as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE que continha informações completas da pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde, na Universidade Federal do Pará - UFPA, protocolado sob número 1.426.661, sendo aprovado, respeitando as Diretrizes da Resolução 466/12, que rege os preceitos da pesquisa em seres humanos no Brasil⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Entre os 23 egressos da Especialização em Gestão de Atenção Primária em Saúde, a maioria era de enfermeiros (91,32%), do sexo feminino (69,56%) e com idade superior a 30 anos (87%). Em relação à experiência profissional, a maioria estava na faixa entre 8 e 15 anos de formados (78,25%) e era gestor-coordenador de serviços e/ou de programas de saúde (73,91%). Convém salientar que a função de gestor-coordenador é de vital importância no contexto de execução, planejamento, ação e transformação, e ainda para a socialização na gestão municipal.

As fragilidades referidas pelos profissionais estão apresentadas segundo os atributos e elementos necessá-

rios à implementação de uma Rede de Atenção às Condições Crônicas na Região Metropolitana III, no Pará, enfocando a estruturação de uma rede de atenção e a estrutura operacional de uma RAS.

Fragilidades relativas à estruturação de uma rede de atenção.

Para implementar uma RAS numa região, é de suma importância que seus atributos essenciais tenham base na realidade descrita pelos profissionais, como: definição de responsabilidades institucionais, definição de estratégias para sua composição, manutenção e monitoramento, além de identificar e vencer ou contornar os desafios e dificuldades para sua instalação.

Os dados relacionados mais apontados foram: *[...] é perceptível a falta de dimensionamento do território nos municípios, a população adstrita e o usuário do programa de hipertensão e diabetes não são acompanhados de forma efetiva, devido as dificuldades de acesso no território (P11). Primeiro, organizar a APS dentro de cada município, pensando as precariedades do acesso local e na carência de equipes multiprofissionais, atentando para a formação de grupos de apoio com a equipe técnica, que no caso seriam enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com a população que esta (P02). Ampliar a cobertura de ESF (Estratégia da Saúde da Família), pois a cobertura é baixíssima, aumentar pode ajudar a organização e execução de ações dos programas de maneira mais completa (P09).*

A necessidade de um sistema de governança integrado por meio de reuniões intergestoras, onde gestores possam manter-se articulados na mesma região, foi apontada para fortalecer o processo de comunicação: *Os grupos gestores na região são fracos no que diz respeito planejamento de ações prioritárias, deveria ser realizada mais trocas de experiências exitosas em cada município (P01). Falta uma linguagem uniforme entre os municípios da região, se pudesse falar a mesma língua nos municípios, se conseguisse ser interligado, seria mais fácil para a continuidade do tratamento desses pacientes, passando da APS para média e alta complexidade (P07). Apoio gerencial envolve sensibilização e participação ativa do gestor, existe um expressivo número de faltosos nas reuniões da Comissão Intergestores Regional ou da Comissão Intergestores Bipartite, impactando diretamente no processo de gestão para que tenha melhor conhecimento e aplicação dos recursos para essa finalidade (P08).*

O financiamento é outro ponto destacado pelos profissionais como esperado para que a Rede tenha o funcionamento operacional, logístico, apoio gerencial, com o ne-

cessário financiamento tripartite, garantido de maneira obrigatória e pactuada para executar suas ações: *Vejo que a questão é trabalhar a Pactuação Integrada, os recursos destinados são mal planejados e dispostos de forma desorganizada para atender as coberturas locais, os direcionamentos para referenciamento dentro da Rede (P15). Os recursos dos programas não cobrem as demandas do serviço, acredito que seja pelo alto custo dos prestadores de serviço (P10). Os recursos dos programas chegam, mas a maioria dos gestores não os administra bem, não faz bom uso dos recursos e por isso falta (P20).*

Fragilidades relativas à Estrutura Operacional da RAS

A estrutura operacional é um elemento constitutivo importante para a composição de uma rede de atenção, pois é a partir dela que se desenham todas as ligações materiais e imateriais que necessitam comunicar-se permanentemente nos diversos níveis de atenção. Foram destacados os elementos que constituem a RAS como instrumentos necessários para sua operacionalização.

Os profissionais ponderaram acerca da estrutura operacional (Pontos de Atenção, Sistema de Apoio e Sistema Logístico), ponto de significância para estruturar uma Rede: *A primeira coisa é articulação a Rede, montar e estabelecer a comunicação entre os pontos de atenção, pois não existe uma comunicação efetiva entre os atores da rede (P05). Começar pela organização dos serviços dos pontos de atenção, uma vez que estão mal distribuídos dentro da região, e inviabiliza os municípios de se articularem de forma integrada, buscando soluções aos problemas (P06).*

Considerando os Sistemas de Apoio que abrangem três pontos importantes na operacionalização da Rede: apoio diagnóstico, apoio terapêutico e assistência farmacêutica, os profissionais consideraram esses três pontos como de grande relevância para compor e implantar a Rede, tendo em vista as dificuldades identificadas no sistema de apoio: *Os laboratórios não funcionam com carga horária do profissional bem estabelecida, assim, não consegue fazer um trabalho bom, atender as demandas existentes (P03). Falta aporte de materiais e insumos necessários para a equipe da Rede, as ações seriam garantidas ao usuário em um continuum de uso de seu medicamento (P01)*

O sistema logístico interliga todos os componentes da RAS, abordando acesso e transporte, cadastramento e prontuários, sistema de informação e regulação, como se percebe nas falas seguintes: *A logística de serviço é inviável para os pacientes aderirem ao tratamento, que tivesse realmente uma assistência integral, não só médica, mas de enfermagem, de aquisição de medicamentos, de realização de exames e até de*

encaminhamento para especialistas (P21). Os fluxos de atendimento do usuário não existem, ou quando presente é fragilizado, desordenado, por exemplo, no controle da hipertensão e diabetes iria fortalecer o programa do HIPERDIA e posteriormente demandar para nossa Rede (P15).

DISCUSSÃO

A exploração e o conhecimento do território e da população como elementos essenciais na implementação de uma RAS, por parte dos profissionais e dos gestores de saúde, é de conhecimento dos profissionais estudados. Destacando-se o acesso precário ao serviço de saúde, as distâncias físicas entre os municípios na Região Norte. Contudo, percebe que os profissionais da APS muitas vezes desconsideram tais requisitos em sua prática diária, o que evidencia a carência de estratégias para composição, manutenção, monitoramento, capacitação e de educação permanente. Estudos têm demonstrado a dificuldade de amplo conhecimento do território e da população, definindo o perfil pertinente para o estabelecimento adequado de processo estratégico de programas de atenção^(1,9-12).

Os profissionais estudados entendem que, para compor uma RAS, é preciso uma atenção básica estruturada com visão dinâmica, contemplando a escassez de implementar tecnologias novas e exigindo a inserção de equipe multiprofissional e interdisciplinar que proporcione um olhar transversal na assistência. O trabalho da equipe multiprofissional permite uma forma dinâmica, atualizada e fortalecedora da assistência em nível primário, estabelecendo o planejamento e a organização dos processos de trabalho da equipe com olhar multifacetado, o que contribui para expandir a rede de cuidados^(2,10-13).

O fortalecimento das equipes de ESF é outro ponto significativo para a atenção básica estruturada com objetivo de fortalecer vínculos com os usuários, às famílias e a comunidade. Os profissionais registraram também fragilidades referentes à cobertura de ESF e dificuldades de estabelecer fluxos assistenciais bem definidos no acompanhamento dos usuários no programa HIPERDIA.

Muito discutido pelos participantes, o sistema de governança incluía fragilidades na pactuação para compor a RAS, além da carência na integração do grupo gestor, fragilidades no diálogo e na troca de experiências, além da inexistência de metas de curto, médio e longo prazo. Estudo sobre a reforma de cuidados em APS na cidade do Rio de Janeiro demonstrou a relevância de instrumentos e ferramentas que impõem responsabilidades e compromissos nas ações de estruturação da RAS como a definição de plano municipal de saúde, incluindo a proposição de reduzir impactos negativos sobre a saúde⁽¹⁴⁾.

O financiamento foi outro atributo que os egressos caracterizaram como essencial no funcionamento e na operacionalização dos serviços ofertados, como na composição da RAS. Enfatizaram a falta da aplicação efetiva do financiamento pelos gestores, a necessidade de planejamento e organização do bloco de financiamento dos serviços, como também a capacidade técnica para elaborar projetos e propostas que possibilitem a captação de recursos.

A devida captação de financiamento dentro dos serviços que compõem a RAS, chega aos municípios, através do Fundo Nacional de Saúde por repasse direto, com o intuito de cada município assumir o compromisso e a responsabilidade da execução de suas políticas de saúde, de acordo com as diretrizes ministeriais^(15,18-21). Todavia, tal financiamento ainda tem sua distribuição fragmentada e mal administrada pelos gestores, tornando os serviços pouco operantes. A estrutura operacional da Rede é organizada na APS, nos pontos de atenção secundária e terciária e nos sistemas de apoio (sistema de diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação), que são considerados os grandes nós nas Redes de Atenção à Saúde. Já, o sistema logístico busca promover a comunicação entre os componentes que representam os entraves na operacionalização da Rede⁽¹⁸⁻²²⁾. Tal determinação, contudo, é complexa na logística e no funcionamento.

Limitações do estudo

As limitações dessa pesquisa estão relacionados à apresentação de dados de apenas uma região de saúde, que representa o cenário dos profissionais especialistas em gestão da atenção primária de alguns dos municípios da região em estudo, acerca do processo de implementação da uma RAS e pelo reduzido tamanho da amostra.

Contribuições do estudo para a prática

Os resultados deste estudo refletem as fragilidades e desafios desse processo de implementação e operacionalização; um cenário que se repete em muitas regiões do país, o que impõe empreendimentos criativos de solução possíveis, entendendo a RAS como uma forma de reorganizar as políticas públicas de saúde, para a garantia da qualidade da assistência, do acesso e da gestão dos serviços de saúde, exigindo o adequado rearranjo, segundo as características do território e as reais demandas da população local e regional.

CONCLUSÃO

A realidade e a vivência dos profissionais capacitados em gestão de APS, participantes do presente estudo, apontaram as mais variadas fragilidades quanto aos atributos e a estrutura operacional de atenção básica como: falta de mecanismos de coordenação de cuidados, sistema de governança inoperante, estrutura operacional sem fluxos, déficit de insumos e de material, além de acesso precário. Afirmam ainda dificuldades locais, sobretudo, a distância física entre os territórios, característica marcante na Região Norte, com pontos de atenção mal distribuídos e alguns ainda sem operação, fluxos não estabelecidos, falta de linhas-guia, falta de utilização de protocolos já instituídos em nível ministerial.

A perspectiva desses profissionais foi à proposição de uma remodelagem *sui generis* no aspecto da gestão pública da política de saúde de RAS no território amazônico que leve em consideração as especificidades geográficas e características socioeconômicas e culturais de sua população.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Francisco Jadson Silva Bandeira, Ana Cristina Viana Campos, Lucia Hisako Takase Gonçalves.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2017 maio 13]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/v3/pdfs/redesAtencao.pdf>
2. Nunes EFPA, Santini SML, Carvalho BG, Cordoni Junior L. The workforce in primary health care in small sized counties in Paraná state. *Saúde debate*. 2015;39(104):29-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040174>.
3. Farah BF, Dutra HS, Ramos ACTM, Friedrich DBC. Percepções de enfermeiras sobre supervisão em enfermagem na atenção primária à saúde. *Rev RENE*. 2016;17(6):804-11. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v17i6.6501>.
4. Borges PKO, Schawb PM, Blanski CR, Floriano LSM, Lopes BG, Muller EV. Internações sensíveis à atenção primária e o cuidado na rede assistencial em saúde. *Rev RENE*. 2016;17(5):668-75. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v17i5.6199>.
5. Hoepfner C, Longo M, Coiradas AO, Teixeira LMR. Matricial support and arterial hypertension control. *Int J CardiovascSci*. 2017;30(3):199-206. doi: [10.5935/2359-4802.20170045](https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170045).
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação do desempenho das unidades de pronto atendimento (UPAs) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2017 maio 13]. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf
7. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, et al. The process of building up regional health management in the state of São Paulo: subsidies for analysis. *Saúde Soc*. 2015;24(2):423-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200003>.
8. Brasil. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Planalto; 2010.
9. Secretaria de Saúde Pública (PA). Plano estadual de saúde (2016-2019) [Internet]. Belém: SESPA; 2016 [cited 2017 May 20]. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/nisplan/plano-estadual-saude-2016-2019.pdf>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Brasil. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Planalto; 2012.
12. Faria RM. Primary health care, territory and networks of the health care: interchangeability needed to integrate the actions of SUS in Minas Gerais, Brazil. *Hygeia* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 13];10(19):8-23. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/26282/15787>
13. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the northeast of Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(6):1845-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>.
14. 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 comun saúde educ*. 2016;20(59):879-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0519>.
15. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013; 66(n.esp):158-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.
16. Cruz JS, Souza Júnior AV, Barreto EJ, Araújo JG, Almeida MVG, Gonçalves CCT. Gestão da atenção básica no sistema único de saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009 – 2012. *Rev baiana saúde pública*. 2014;38(1):49-66.
17. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção primária em saúde (RCA PS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1327-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>.
18. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. The position of the family health strategy in the health care system under the perspective of the PMAO-AB participating teams and users. *Saúde debate*. 2014;38(spe):13-33. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>.
19. Feretonani HP, Pires DEP, BiffD, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(6):1869-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.
20. Melo DF, Criscuolo MBR, Viegas SMF. Reference and counter-reference in everyday health care in Minas Gerais, Brazil: the support to decisions of primary care. *Revpesquicuid fundam* (Online). 2016;8(4):4986-95. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4986-4995>.
21. Salles M, Srougi M. O que falta discutir sobre a saúde pública brasileira. *Rev Cult Ext USP*. 2013;10:11-7. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9060.v10i0p11-17>.
22. Govender S. Community oriented primary care: L2 primary health. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 13];8(1):1202. doi: [10.4102/phcfm.v8i1.1202](https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1202).

RECEBIDO EM: 17/09/2018.
ACEITO EM 09/01/2019.