

Avanços e impasses da Estratégia Saúde da Família: a percepção dos gestores e gerentes da Região Metropolitana da Baixada Santista

Advances and Impasses of The Family Health Program: a manager and supervisor's view in the metropolitan area of Santos

Renato Barboza¹ Maria de Lima Salum e Morais²

Resumo

Analisa-se o processo de implementação da Estratégia Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, quanto aos avanços e impasses identificados por gestores e gerentes. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, qualitativo, delineado como um estudo de caso e conduzido com 11 informantes-chaves que atuam na condução das políticas e da organização da rede de atenção básica. Os resultados evidenciam que a Saúde da Família desempenhou a função de eixo estruturador nos sistemas locais de saúde investigados, atuando principalmente na organização e na resolução da porta de entrada. Contudo, a integralidade da atenção, princípio do SUS e a “longitudinalidade do cuidado” ficaram relegados a um segundo plano e permanecem como um importante desafio.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Estratégia Saúde da Família, Região Metropolitana, Gestão em saúde

Abstract

The authors discuss the process of implementing The Family Health Program in municipalities of the metropolitan area of Santos, considering the advances and impasses identified by managers and supervisors. This is an exploratory, descriptive and qualitative study that has been outlined as a case study and conducted with 11 key informants acting in the politics and the organization of basic health network. The results highlight that The Family Health Program played the role of a structural axis in the local health systems analyzed, acting primarily in the organization and resolution of the entry door. Nevertheless, the comprehensive health care, the SUS principle and the “longitudinality of care” were relegated to second place, remaining a major challenge to be faced.

Keywords: Primary health care, Family Health Program, metropolitan area, health management

¹ Renato Barboza (renato@isaude.sp.gov.br) é cientista social, Mestre em Saúde Coletiva, Pesquisador Científico V do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pesquisador do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS-USP).

² Maria de Lima Salum e Morais (salum@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, Doutora em Psicologia pela USP e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Introdução

Os dados apresentados neste artigo foram extraídos do projeto “Acesso a Serviços de Saúde em Municípios da Baixada Santista” desenvolvido pelo “Núcleo de Condições de Vida e Situação de Saúde” do Instituto de Saúde. O estudo integrou o protocolo de pesquisa do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa da Saúde da Família – PROESF, financiado pelo Ministério da Saúde por meio de acordo de empréstimo com o Banco Mundial. Parte dos recursos do PROESF foi dedicada ao desenvolvimento de pesquisas sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de São Paulo, e as prioridades foram diagnosticadas por consulta pública, realizada em 2007, pelo Instituto de Saúde junto aos gestores municipais e estaduais.

Desde a década de 1990, o Ministério da Saúde tem envidado esforços para o fortalecimento e o aperfeiçoamento da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A principal

estratégia adotada para reorientar o modelo de atenção à saúde da população baseia-se na implantação e na expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de atenção básica, sob a responsabilidade dos gestores municipais e estaduais.

A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde³, editada pelo Ministério da Saúde (2006, p. 10), compreende:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida [...] sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária [...]. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários

com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Nessa perspectiva, ao discutir a questão da integralidade da atenção, Giovanella e colaboradores apontam como necessidade central, a organização e a estruturação de sistemas locais de saúde ancorados na APS, articulados em rede, centrados no usuário e com potencial e capacidade de resposta para atender a todas as necessidades de saúde da população⁵.

A equipe de Saúde da Família atua em um território definido, onde realiza o cadastramento domiciliar e desenvolve um conjunto de ações planejadas e programadas com base no diagnóstico de saúde, o qual tem como foco a família e sua inserção na comunidade. Dessa forma, pretende-se que a atenção básica se constitua na porta de entrada preferencial do sistema de saúde e que possibilite o acesso universal e integral aos serviços e as linhas de cuidado, com qualidade e resolutividade.

Starfield destaca quatro atributos da APS para organização da atenção aos usuários nos sistemas locais de saúde: a atenção no primeiro contato (porta de entrada) com vistas a assegurar a acessibilidade e o uso dos serviços; a longitudinalidade do cuidado, baseada na garantia da oferta regular da atenção ao longo do tempo, valorizando-se os vínculos entre o serviço, às equipes e os usuários; a integralidade da atenção em consonância com as necessidades de saúde da população adscrita e a oferta dos cuidados; e a coordenação da rede de atenção com garantia do acesso contínuo dos usuários aos níveis mais complexos quando necessário⁸.

A efetividade da gestão e da gerência da rede atenção básica, depende entre outros

atributos da capacidade das equipes municipais em reconhecer e atuar sobre os problemas e as necessidades de saúde da população, definindo assim, prioridades e ações estratégicas que incluem a provisão e a alocação de recursos humanos, materiais e financeiros. Assim, os atributos do primeiro nível da atenção elencados por Starfield⁸, quando observados pelos gestores nas etapas de planejamento, organização e oferta das ações de saúde podem contribuir para melhorar a resposta do sistema local, sobretudo quanto à captação, ao acesso e à vinculação dos usuários aos serviços.

Entretanto, a longitudinalidade e o papel coordenador da rede de atenção básica no SUS, ainda não foram suficientemente equacionados no país e no estado de São Paulo, tornando vulnerável a integralidade da atenção e o cuidado aos usuários, especialmente nos municípios mais populosos. Esses elementos ainda representam grandes desafios que devem ser enfrentados pelos gestores e suas equipes para prover o acesso da população com qualidade à rede pública de saúde.

Vale sublinhar que em contextos metropolitanos verificam-se problemas referentes à qualidade da atenção ofertada no nível da atenção básica quanto à integralidade e à capacidade de resposta dos sistemas locais de saúde¹. Não obstante a tendência de expansão da cobertura da ESF nas diferentes regiões brasileiras observa-se que o ritmo de crescimento das equipes em municípios de médio e grande porte, localizados em regiões metropolitanas, a exemplo da Baixada Santista, ainda é mais lento⁹.

O presente artigo tem por objetivo discutir a implementação da Estratégia Saúde da Família em municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, quanto aos avanços e impasses identificados pelos gestores.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, delineado como um estudo de caso⁴, método amplamente utilizado em pesquisas sociais de cunho exploratório.

Realizaram-se 11 entrevistas semiestruturadas e em profundidade⁶ com informantes-chave intencionalmente selecionados, os quais desempenhavam funções técnicas, administrativas e políticas nas Secretarias Municipais de Saúde de Cubatão, São Vicente, Praia Grande, Santos e Peruíbe, pertencentes à Região Metropolitana da Baixada Santista. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2007.

Para o presente artigo, optamos pela seleção e análise do material empírico referente às entrevistas conduzidas com os dois secretários municipais de saúde de Cubatão e de São Vicente e com quatro gestores de Unidades Básicas de Saúde, organizadas segundo o modelo tradicional e de Saúde da Família nesses municípios.

Os roteiros versaram sobre os avanços e os impasses do processo de organização e estruturação da atenção básica, segundo a lógica da Estratégia Saúde da Família. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à técnica de análise de conteúdo², compreendendo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Posteriormente, foram elaboradas categorias de análise, agrupando-se ideias, expressões e outros aspectos relevantes para a compreensão do objeto de estudo.

Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do projeto e as entrevistas foram realizadas após a assinatura e obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi submetido para avaliação e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde.

Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão estão organizados nas categorias: a) Transição do modelo de organização da atenção básica nos municípios; b) Contratação da força de trabalho; c) Fixação e fidelização da força de trabalho; e d) Acesso e organização do processo de trabalho nas unidades.

Transição do modelo de organização da atenção básica nos municípios

Nos municípios estudados, a reorganização da atenção básica foi baseada na adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) e envolveu um processo de transição em relação ao modelo tradicional vigente das Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais funcionavam na lógica da programação em saúde e com oferta de algumas especialidades. Esse processo implicou a convivência com uma rede preexistente tradicional e a sua transição a partir da implantação da Saúde da Família.

Os gestores reconhecem que a convivência de modelos de atenção “amalgamados” em unidades híbridas dificultou o desenvolvimento e a proatividade do novo modelo na estruturação da rede de saúde, como verificado nesses depoimentos:

“Para implantar vai desgastando uma [UBS] para fortalecer a outra [ESF]”. (Secretário A).

“Existia uma equipe que não funcionava e que era uma unidade híbrida. Nós aumentamos pra oito equipes e passamos por um momento de desmembramento, porque a experiência como unidade híbrida foi desastrosa. Passamos inicialmente de uma que não funcionava pra oito que funcionavam, e agora ampliamos pra vinte.” (Secretário B)

“E aí não deu certo, a população não gostou e as equipes não estavam harmonizadas. Duas equipes diferentes convivendo no mesmo espaço, nós nunca atendemos a mesma população com os dois modelos, até porque

isso eu achava um sacrilégio. O que a gente fez foi ocupar o mesmo espaço físico, pra racionalizar, pra poder até ter espaço. Mesmo fazendo isso, achamos que foi lamentável, todos os níveis de problemas nós tivemos, tanto da população quanto dos profissionais, e o programa não evoluiu. Começou a evoluir quando a gente separou e deixamos no mesmo prédio duas, três, quatro equipes, dependendo da Unidade de Saúde da Família". (Secretário B)

Contratação da força de trabalho

A questão da disponibilidade e organização da força de trabalho foi destacada como um problema central para a gestão e a gerência da rede municipal de atenção básica. Um dos principais mecanismos utilizados para contratação dos recursos humanos técnicos e de apoio refere-se às parcerias firmadas com as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e as cooperativas.

Esse tipo de arranjo institucional revela vulnerabilidades na provisão, condução e organização dos recursos humanos no âmbito do sistema local de saúde. Dependendo da gestão municipal, há precarização dos vínculos de trabalho, sem garantias de renovação dos contratos, de direitos trabalhistas, gerando baixa adesão e alta rotatividade dos profissionais. Os relatos dos informantes evidenciaram essas vulnerabilidades:

"As equipes são compostas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde [ACS]. Todos os trabalhadores, exceto os ACS são contratados por uma cooperativa. Os agentes comunitários por uma OSCIP em regime CLT". (Gerente unidade A)

"Há rotatividade dos profissionais, pois não têm garantia e ficam desestimulados. No

esquema de cooperativa a gente não tem garantia nenhuma. A gente não tem FGTS, não tem férias, o salário é atrasado, a gente tem que ficar brigando, 13º salário não tem, e se você ficar doente também não tem direito a atestado, a cooperativa ela é assim." (Gerente unidade B)

"A própria estrutura de mando é muito complicada, Prefeitura, OSCIP, é muito confusa, quem gerencia o que, quem é responsável pelo que. Então assim, na Saúde da Família tem esse complicador, na Unidade Básica não, porque todos são funcionários da Prefeitura." (Gerente unidade C)

Constatou-se que a impossibilidade de uma oferta regular de concursos públicos pela administração direta, também prejudica a provisão e a reposição de quadros na área da saúde. Essa problemática afeta não apenas os profissionais da saúde de nível superior, mas também aqueles que desempenham atividades administrativas e de apoio, essenciais ao suporte e desenvolvimento da dinâmica de trabalho nas unidades.

"Ainda temos dificuldades nas profissões não técnicas, porque se esgotou o cadastro da prefeitura e você tem que aguardar novo concurso. Então, perde o auxiliar administrativo, perde o servente e você tem que ficar dando drible para ter quem limpe as unidades". (Secretário A)

"Estamos com déficit ainda de profissional, principalmente clínico, médico clínico. Agora, na parte técnica em enfermagem, nós recuperamos todos". (Secretário A)

Esse cenário torna-se ainda mais complexo devido à alta rotatividade dos profissionais, em especial os médicos, que possuem mais chances de recolocação no mercado de trabalho. A morosidade do processo de contratação pela administração direta e os recursos financeiros limitados

também dificultaram a gestão da força de trabalho na percepção dos gestores locais:

“A gente troca, por mês, 10 médicos aqui na Secretaria. São 120 médicos que rodaram no ano passado e que a gente tem que recolocar. Para sair, basta assinar um papel e falar: ‘Amanhã não venho mais’. Para recolocar tem que chamar, convocar, mandar telegrama, 30 dias para assumir, 30 dias para fazer exame médico, 30 dias para não sei o quê, nomear, publicar, portaria e já se passaram quatro meses.” (Secretário A)

“Tratamos de resolver o problema dos servidores que tinham diferentes vínculos e carga horária. Era uma verdadeira Torre de Babel e isso dificultava a gestão. Nós começamos a estabelecer estratégias pra valorizar o nível superior, diferenciar o trabalho do médico, do enfermeiro, como uma forma de agregar valor, como uma empresa. Eu vejo se é mais barato ter servidor ou se é mais barato contratar no mercado”. (Secretário B)

Os secretários destacaram que a formação dos trabalhadores para atuar em unidades organizadas na lógica da Saúde da Família é deficitária. Para minimizar essa problemática, investiram em processos e alternativas de suporte técnico, na modalidade de equipes volantes, associado à supervisão contínua dos profissionais. A implantação dessa estratégia na visão de um dos gestores contribuiu para aumentar a resolubilidade e a capacidade de resposta da unidade de saúde às necessidades dos usuários, fortalecendo a acessibilidade e o uso dos serviços:

“Nós criamos pras vinte equipes, quatro ginecologistas e obstetras que são volantes, que esclarecem dúvidas, pra evitar tirar a paciente da unidade. Esse obstetra volante responde por cinco equipes. Também notamos uma dificuldade dos pediatras em neonatologia

e criamos um pediatra volante. Esse ginecologista e esse pediatra foram responsabilizados pela formação e esclarecimento das dúvidas das equipes. Quer dizer, não é uma coisa muito certa, mas também, por outro lado, não é uma UBS. Dei um prazo de um ano para esse apoio e depois eles têm que andar sozinhos”. (Secretário B)

“Não é o PSF tradicional, mas a gente achou que poderia agregar esses valores e funcionou superbem, a nossa equipe de apoio é dez.” (Secretário B)

Fixação e fidelização da força de trabalho

Os informantes relataram que ao longo da implementação da Saúde da Família houve diminuição no interesse e na disponibilidade dos profissionais médicos pelo trabalho na atenção básica, prejudicando o processo de expansão das equipes. A fixação e a fidelização dos profissionais são elementos essenciais para consolidar a política vigente do Ministério da Saúde³, contudo, segue sendo um desafio na agenda dos gestores. Essa situação torna-se ainda mais complexa em cidades localizadas em regiões metropolitanas, como é o caso da Baixada Santista, onde as oportunidades de emprego para a categoria médica em equipamentos que prestam serviços públicos ou privados na média ou na alta complexidade são crescentes, aumentando a disputa entre os municípios⁹.

“Num primeiro momento houve uma aceitação muito forte pela categoria médica, talvez motivada pela parte financeira, então era fácil. Você falava assim: ‘Preciso de médico da família’. Apareciam dois, três e rapidamente conseguia abastecer. Já temos médico de Saúde da Família há alguns anos e tem sofrido um desgaste. O que tem de gente [municípios] pedindo e não consegue ampliar as equipes”. (Secretário A)

A formação acadêmica de generalistas e o perfil do profissional médico limitam o avanço e a efetividade das estratégias adotadas para fixar esse quadro na rede. Não é raro, os gestores buscarem alternativas para flexibilizar algumas exigências profissionais, como por exemplo, o cumprimento de uma jornada de 40 horas semanais para manutenção do padrão de lotação das unidades. As possibilidades de adaptação dos médicos para lidar com as vulnerabilidades sociais e de infraestrutura do território, onde estão localizadas as unidades, algumas em área de preservação ambiental e ocupação irregular, corroboraram para a rotatividade, a baixa adesão às diretrizes da Saúde da Família³ e a insuficiência da resolubilidade daqueles que estão na linha de frente:

“Você começa a ter que rever as exigências para médico da família. Médico é um profissional extremamente nômade. Ele muda muito de emprego, ele não se vincula muito a um lugar só, geralmente tem dois, três empregos, tem um sistema de trabalho, de repente ele tem um plantão e não pode trabalhar um dia inteiro. Então já estamos começando a discutir que se a gente facilitasse, voltaria de novo a ter um interesse pelo médico da família.” (Secretário A)

“As condições sócioeconômicas da população são bastante adversas, e não são raras as vezes que o médico entra de manhã, quando sente o clima vai embora, porque são lugares complicados, onde tem tráfego, tem violência, sabe é muito complicado”. (Secretário B)

“Hoje eu trabalho com certeza com 20% a menos, seja de funcionário, seja de médico. A rotatividade é muito grande, os bairros são longe, as pessoas não têm muito estímulo para ir até lá. Isso tem gerado muito problema em termos de gerenciamento”. (Secretário A)

“O governo federal implantou esse Programa de Saúde da Família sabiamente, só que esqueceu de dar formação e trazer a Universidade. Então a gente nota a insegurança das pessoas que hoje trabalham no PSF e os problemas dessa falta de experiência.” (Secretário B)

Um dos gestores investiu em alternativas baseadas no oferecimento de gratificações e bônus financeiros, associados ao desempenho e à produtividade dos médicos, com vistas a aumentar a fidelização dos seus quadros e a fortalecer a ESF no município:

“Criei uma gratificação de produtividade levando em conta, primeiro, a resolubilidade do atendimento; segundo, a pontualidade; terceiro, assiduidade; e quarto, a humanização no atendimento. A Saúde é a secretaria que melhor remunera dentro da prefeitura, a prefeitura já é uma mãe, mas a Saúde é uma mãezona. O médico recebe quase mais uma vez o salário-base se observar esses quesitos.” (Secretário B)

Acesso e organização do processo de trabalho nas unidades

Os informantes vocalizaram que a resolubilidade do sistema de referência e principalmente da contrarreferência é limitada nos dois municípios. O acesso aos exames de maior complexidade e as consultas de especialidades são os principais problemas elencados, demonstrando que o sistema de saúde não está suficientemente integrado e que há um lapso entre a atenção básica, a média e a alta complexidade. A integralidade, os atributos referentes à “continuidade da atenção” e à “longitudinalidade do cuidado”, elementos primordiais para a efetividade da atenção básica, propostos por Starfield⁸, não têm sido efetivamente alcançados, como se pode observar nesses relatos:

“A máquina é muito emperrada. Não existe fluxo e na ponta há dificuldades com o número de vagas para exames e consultas em algumas especialidades”. (Gerente unidade B)

“Conseguimos os exames de uma forma ou de outra, graças à autorização da superintendência e das cotas para as especialidades. Os mutirões dão conta de quem sobrou e acontecem mensalmente”. (Gerente unidade A)

“Uma das queixas é essa coisa da referência e contrarreferência, que não existe ainda isso sistematizado. Então o de lá encaminha, o da Saúde da Família encaminha pra cá, daqui não retorna pra lá. Então fica só em cima do quê o paciente traz de informação, mas muitas vezes o paciente não sabe informar direito, porque o médico também não tem a paciência de explicar qual é o quadro dele”. (Gerente unidade C)

Outro elemento que interferiu negativamente na organização do processo de trabalho das equipes, refere-se à baixa cobertura de unidades informatizadas na atenção básica. Um dos gestores tem envidado esforços para ampliar o processo de informatização das unidades de saúde, aperfeiçoando o processo de agendamento das consultas e dos exames, além do controle dos recursos humanos e da avaliação das condutas clínicas adotadas. A futura implantação do prontuário eletrônico será um recurso para aperfeiçoar o planejamento das ações, os vínculos e a atenção aos usuários:

“Com a informatização vai ter um sistema para lembrar o paciente através de torpedo, quando tiver celular, de e-mail ou de ligação para confirmar o agendamento”. (Secretário B)

“Nós temos um sistema informatizado; eu sei para quem foi o remédio, se o cara pegou ou não esse mês e a partir daí vamos fazer busca ativa. Vai sair agora o prontuário

eletrônico e todas as unidades já foram informatizadas. Agora estamos informatizando o PSF, o contrato já saiu e daqui mais um mês deve estar rodando”. (Secretário B)

“Esse controle está trazendo muita informação, na medida em que hoje a gente tem um grande ‘Big Brother’, então eu sei de cada médico, a hora que chega, a hora que sai, quanto demora uma consulta, o que ele prescreve, o que ele pede de exames, se os exames estão normais, a dose que ele passa”. (Secretário B)

Observou-se também uma tendência a culpabilizar a população pelos problemas decorrentes das dificuldades de acesso, uso e permanência nas unidades da Saúde da Família. Os entrevistados consideram que “falta educação da população” e que esta desconhece a “finalidade da atenção básica”, devido às constantes faltas nas consultas pré-agendadas, permanecendo uma cultura de atender apenas os agendados:

“Então aquele que é morador aqui da rua e é meu, ele não compreende que a médica é da outra microárea, então ele já fala assim: ‘como se tem médico aí é para atender todo mundo, isso é um posto’, então as pessoas têm dificuldade de entender como funciona.” (Gerente unidade A)

Por fim, cabe sublinhar que a relação entre os usuários e as equipes de saúde quanto ao desenvolvimento de vínculos duradouros, essenciais para “longitudinalidade do cuidado”, depende necessariamente da interação e da promoção de “bons encontros” entre ambos, além do reconhecimento das expectativas da população⁷.

Considerações finais

As evidências revelam que a ESF desempenhou a função de eixo estruturador nos sistemas

locais de saúde investigados, atuando principalmente na organização e na resolução da porta de entrada na rede de atenção básica. Consta-se que houve um processo de reorientação da demanda, associado a melhorias na resolução da atenção básica, como por exemplo, no número de consultas e exames realizados, e principalmente na ampliação da rede que apresenta diferentes níveis de implementação e consolidação da ESF no período do estudo. Contudo, verifica-se que a integralidade da atenção, princípio do SUS e pressuposto do modelo da Saúde da Família e a “longitudinalidade do cuidado” ficaram relegados a um segundo plano e permanecem como um importante desafio a ser alcançado pelos gestores e gerentes.

Os arranjos institucionais utilizados para contratação da força de trabalho por meio de OSCIP e cooperativas revelaram-se insuficientes e apresentam vulnerabilidades que dificultam a gestão dos recursos humanos nas secretarias municipais de saúde, bem como a sua fixação e fidelização. Assim, há que se investir em estratégias que proporcionem a sustentabilidade da força de trabalho para o fortalecimento da atenção básica.

Referências Bibliográficas

1. Barboza R, Ianni AMZ, Morais MLS, Alves OSF, Monteiro PHN, Ferrari F, Caporrino BW. Acesso e estruturação da atenção básica na Região Metropolitana da Baixada Santista: uma análise dos gestores. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo LR, organizadores. Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008, p. 29–50. (Temas em Saúde Coletiva, 8)
2. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006.
4. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1994.
5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Sena MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Col.* 2009;14(3): 783-794.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; 2004.
7. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Latino Amer Enferm.* 2010; 18(3):148-155.
8. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
9. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Col.* 2006; 11(3): 577-606.