

Estratégia de Saúde da Família: Impasses e desafios atuais

Family Health Strategy: Current Impasses and Challenges

Nayara Silva Borges

Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá.
E-mail: nanysborges@hotmail.com

Andréia Soprani dos Santos

Enfermeira Obstétrica pela Universidade Federal do Espírito Santo, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo e doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas.

Letícia Antunes Fischer

Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES/CEUNES. Pós-Graduada em Enfermagem Gineco Obstetrícia pela AVM Faculdades Integradas, conveniada à Universidade Cândido Mendes. Enfermeira no município de Marilândia.

Resumo

A Estratégia Saúde da Família trouxe benefícios à saúde da população, pois promove além da recuperação de agravos, a promoção e a prevenção, oferecendo um cuidado continuado à saúde, além de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. O artigo tem por objetivo avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a implantação da Estratégia Saúde da Família, buscando identificar as reais mudanças e melhorias obtidas na saúde pública, assim como os desafios e impasses para sua implementação e consolidação. Trata-se de em estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. As entrevistas foram realizadas através de um questionário para caracterizar o perfil dos enfermeiros e um roteiro estruturado. Para análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo segundo Bardin. Os resultados apontam alguns entraves como a questão cultural da comunidade, a baixa cobertura das equipes, a grande rotatividade médica e a estrutura física das unidades, muitas vezes precárias. Conclui-se que embora os enfermeiros tenham avaliado de forma positiva a implantação da Estratégia Saúde da Família, muitos desafios e impasses precisam ser trabalhados para que se consiga alcançar todos os princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde, Enfermeiros.

Abstract

The Family Health Strategy has brought benefits to the health of the population, as it promotes besides

the recovery of diseases, promotion and prevention, offering a continuous care to the health, besides facilitating the access of the population to the health services. The objective this article is to evaluate the nurses' perception about the implementation of the Family Health Strategy, in order to identify the real changes and improvements obtained in public health, as well as the challenges and impasses for its implementation and consolidation. This is an exploratory descriptive study of a qualitative nature. The interviews were conducted through a questionnaire to characterize the nurses' profile and a structured itinerary. To

analyze the data, the Bardin content analysis method was used. The results point to some obstacles such as the cultural issue of the community, the low coverage of teams, the great medical turnover and the physical structure of the often precarious units. It is concluded that although nurses have evaluated positively the implementation of the Family Health Strategy, many challenges and deadlocks need to be worked on in order to achieve all Health Unic System principles.

Keywords: Family Health Strategy; Primary Healthcare; Nurses.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública, estando organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (n. 8.080/90 e n. 8.142/90), resultante de um longo processo histórico e social¹.

Nos anos 90, o SUS reformula a estratégia do modelo assistencial, com a implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas de saúde (UBS), localizados dentro de um dado território. Essas equipes passam a ser responsáveis pela promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação de agravos da comunidade, através de ações individuais e coletivas².

Essa reformulação inserida no SUS assumirá o nome de Atenção Primária a Saúde (APS),

também chamada de Atenção Básica (AB), que corresponde ao primeiro nível de atenção à saúde, a porta de entrada do sistema, que, portanto requer proximidade com os mais interessados: a comunidade, as famílias e o indivíduo³.

Nesse contexto da APS, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) a partir de 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), que mais adiante recebeu o nome de Estratégia Saúde da Família (ESF), visando a reorganização do SUS, incorporando os seus princípios, propõe a participação da comunidade e prioriza ações de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade⁴.

A equipe da ESF é orientada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, tornando-se mais sensível às suas necessidades. Assim, os profissionais de saúde e a população estabelecem vínculos, o que

facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade⁴.

O enfermeiro possui um importante espaço de atuação nas ESF, desenvolvendo atividades no campo da assistência. Deve atuar buscando o desenvolvimento de ações condizentes com o perfil da população adscrita, operando processos de trabalho que possibilitem o aperfeiçoamento contínuo da equipe, visando à manutenção das condições para um cuidado mais eficiente⁵.

Considerando o enfermeiro um componente essencial na composição da equipe da ESF, optou-se por analisar a percepção de um grupo de enfermeiros sobre processo de trabalho, mecanismos que desencadearam sua implantação, além dos impasses e desafios vivenciados pelos profissionais que limitam a consolidação desse primeiro modelo de atenção a saúde.

Percurso Metodológico

O estudo foi realizado em São Mateus, município localizado no Norte do estado do Espírito Santo. Trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva com abordagem qualitativa que utilizou o método de análise de conteúdo segundo Bardin, tendo sido desenvolvido em três momentos, conforme descrito abaixo.

PRIMEIRO MOMENTO: Elaboração de um roteiro de perguntas e um instrumento para

caracterização dos sujeitos do estudo. A pesquisa seguiu os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro da ESF; trabalhar no município pelo menos há 5 anos; ter participado do momento de implantação da ESF no município; e aceitar a participar do estudo de forma livre após terem sido esclarecidos os objetivos da pesquisa e por fim assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para definição da amostra do estudo foi realizado uma análise prévia do total de enfermeiros do município que atuam na ESF, que corresponde a 28 profissionais. A amostra final do estudo foi composta por 6 enfermeiros.

SEGUNDO MOMENTO: Aplicação do questionário e realização das entrevistas no período de janeiro a maio de 2014, e efetivadas no local de trabalho. Os entrevistados tiveram a opção de sugerir um pseudônimo para serem identificados no estudo, sendo os escolhidos "Margarida", "Lírio", "Rosa", "Orquídea", "Copo de Leite" e "Girassol". As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

TERCEIRO MOMENTO: Os resultados foram analisados a partir de um conteúdo temático, segundo Bardin⁶, contemplando: 1) Pré-Análise, composta por leitura flutuante e constituição do corpus; 2) Exploração do Material, que consiste essencialmente na operação de codificação, transformando os dados brutos para alcançar o núcleo de compreensão do texto; 3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: nessa etapa se estabeleceu a Codificação e

transformação dos dados brutos a fim de permitir atingir uma representação do conteúdo do texto, e a Categorização, representação simplificada dos dados brutos. Ressalta-se que as etapas finais foram realizadas com o uso da leitura científica.

A pesquisa foi realizada conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10 de outubro de 1996, que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo em questão teve a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Norte do Espírito Santo, conforme apresentado no anexo C, pelo parecer número 215.095.

Resultados e discussões

O processo de implantação da ESF

Os achados da pesquisa revelam que este processo de implantação da ESF no município foi desencadeado em virtude do incentivo federal oferecido aos municípios, portanto, não estando vinculada aos benefícios que esta implantação traria para a saúde da comunidade.

“Primeiro o incentivo federal na época, em 2002 a gente implantou as primeiras equipes aqui no município” (Margarida).

“Aqui na época eu acho que foi porque teve a implantação no Brasil todo, e como gerava recursos, eles começaram a fazer as aberturas das equipes no município” (Girassol).

Um dos principais objetivos da ESF é gerar práticas de saúde que possibilitem a integração

das ações individuais e coletiva. Para que essa nova prática se concretize faz-se necessário um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual esta família está inserida⁷.

Assim, o MS, visando à reorganização das práticas de atenção à saúde, desenvolveu um treinamento introdutório, o qual cabe as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde através de Pólos de Capacitação, de repassarem aos profissionais, antes destes assumirem suas funções, para que cada profissional saiba a que se destina a ESF e qual seu papel dentro dela. Este treinamento introdutório possui um guia prático no qual constam as várias funções desempenhadas pelo enfermeiro, como planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação nas ESF⁸.

Dessa forma, ainda com relação a implantação da ESF, além de identificar o motivo que levou essa implantação no município, considera-se relevante identificar como os enfermeiros e gestores das Unidades, foram preparados para atuar nesse novo modelo de atenção à saúde.

“Participei. Esse curso introdutório perdurou por muitos anos, e eu achava muito importante” (Copo de Leite).

“Nossa foi maravilhoso naquela época. O curso introdutório foi muito bom na época” (Girassol).

Por fim, embora a visão das enfermeiras sobre o processo de implantação esteja associada ao incentivo financeiro, foi possível identificar o desenvolvimento do curso introdutório pelo

município, a fim de preparar e capacitar os profissionais para atuar na AB. O cumprimento do curso pode estar relacionado com uma preocupação dos gestores locais com a qualidade da assistência prestada nesse novo modelo de atenção à saúde.

Impasses para implementação da ESF

Mesmo após a implantação da ESF, existem questões que acabam se contrapondo com a Estratégia, como é o caso da questão cultural da comunidade, ainda muito presente e fortemente centrada na figura do médico e na prática curativa. Essa realidade acaba dificultando o alcance dos objetivos e das metas desejáveis, conforme pode ser observado a seguir.

“O entendimento que o modelo biomédico é a melhor escolha, a figura voltada da comunidade edos gestores, para a figura do médico. Isso pra mim é um grande opositor, a questão cultural” (Margarida).

“A principal dificuldade é a cultura da comunidade, de ainda achar que resolve o problema no hospital com injeção. É complicado porque a questão cultural da população ainda é muito forte” (Lírio).

A ESF busca romper com a prática "hospitalocêntrica", ainda predominante no Brasil. A substituição da visão curativa pela preventiva, no sentido de promoção à saúde individual e coletiva, é fundamental para a consolidação da Estratégica, e conseqüentemente para o alcance de resultados positivos que impactem sobre os principais indicadores de saúde e de qualidade de vida da população¹.

Estudos atuais discutem a prevalência do modelo biomédico tradicional na ESF, evidenciado pelas práticas curativas tradicionais desenvolvidas por profissionais de saúde e a supervalorização do atendimento clínico pelos usuários. Para que esse novo modelo de atenção à saúde seja considerado uma estratégia, torna-se imprescindível a reorganização do modelo assistencial em saúde, através do atendimento personalizado, capaz de gerar mudança na percepção de saúde do usuário, promovendo autonomia, corresponsabilização, e buscando assistir de forma integral o indivíduo, a família e a comunidade⁹.

Assistir o indivíduo, a família, e a comunidade implica em compreender o processo saúde-doença, ou seja, o meio em que se vive, as relações sociais estabelecidas, a história de organização, o modelo cultural e demais especificidades de cada sociedade. Esse formato do sistema de saúde configura a ESF, e para sua consolidação busca-se romper com a valorização do modelo de assistência centrado em médicos e hospitais. Essa problematização tem despertado diversos debates entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários, a fim de reparar essas dificuldades e limitações¹⁰.

Outro desafio para a implementação da ESF ressaltado nas entrevistas, consiste na estrutura física das USF. Percebe-se a existência de unidades muitas vezes com estrutura física inadequadas, o que compromete o processo de trabalho e, conseqüentemente, a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

“O que dificulta na minha realidade é a estrutura física da unidade, muito ruim, muito precária” (Margarida).

“Falta estrutura da Unidade de Saúde, não é bem estruturada, não é bem equipada, não está construída nos padrões do Ministério da Saúde. A dificuldade que a gente tem em trabalhar é a falta de espaço adequado, a estrutura da Unidade que não é legal” (Rosa).

A ESF tem contribuído com a eficiência e qualidade da assistência prestada à comunidade, apesar da constatação de um número significativo de unidades que apresentam estrutura física inadequada. Para que o avanço continue é necessário que os municípios disponham de instalações, recursos humanos e recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados¹¹.

A problematização com relação à estrutura das UBS relaciona-se com a inadequação dos padrões ideais exigidos pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito a irregularidades ou inexistências de espaços físicos como recepção, sala de espera, sala de curativos, consultórios, sala de vacina, sala de reuniões, sala de procedimentos, almoxarifado, dentre outros. Essas carências e inadequações restringem o desenvolvimento de ações e, conseqüentemente a resolutividade da Estratégia, limitando a sua capacidade intervir nos problemas de saúde da população^{12,13}.

A inadequação da estrutura física das Unidades também interfere na execução de atividades relacionadas às tecnologias leves voltadas ao cuidado do enfermeiro. As tecnologias leves

são evidenciadas pelas relações interpessoais entre profissional e o usuário, mediante estabelecimento do vínculo. Sendo o estabelecimento do vínculo uma tecnologia leve fundamental para a melhoria da qualidade ofertada aos usuários, reestruturar as Unidades para que facilite o acolhimento e satisfação do usuário torna-se uma medida imperativa¹⁴.

Além de uma estrutura física muitas vezes inadequada, outro impasse para a implementação da ESF referida é a grande rotatividade médica, que segundo Medeiros¹⁵, é altamente prejudicial para a efetividade dos resultados esperados, assim como no estabelecimento de vínculo com a comunidade, contudo, resolver esse problema constitui-se um grande desafio, tendo em vista a multiplicidade das causas.

As falas a seguir demonstram que a rotatividade médica consiste em um agravante para a implementação da ESF. Os depoimentos revelam dificuldades com relação à construção de vínculo, fundamental na ESF, como o comprometimento do planejamento, desenvolvimento de metas e avaliação dos resultados.

“A queixa ainda é a falta do médico, porque a rotatividade médica é muito grande na ESF. Os médicos vêm, começam um trabalho, quando ele está começando a deslanchar no trabalho ele passa em uma residência e vai embora. O vínculo acaba se quebrando” (Margarida).

“Algumas equipes ainda não possuem um médico, a rotatividade médica é muito grande em algumas áreas, e isso acaba prejudicando o serviço da equipe, acaba prejudicando a estratégia de trabalho” (Orquídea).

Compreende-se rotatividade como a proporção de empregados que deixam a organização. Autores procuram associar a satisfação no trabalho com a rotatividade de pessoal e acrescentam que maior satisfação esta relacionada com taxas mais baixas de rotatividade¹⁵.

A alta rotatividade da força de trabalho médica é resultado da precarização do trabalho em saúde, evidenciado por modelos de contratos inseguros para o trabalhador, salários defasados, além de precárias condições de trabalho relacionadas com ambiente físico, equipamentos e materiais disponíveis. A rotatividade médica pode ser ainda mais evidenciada em municípios de pequeno porte e periferias das grandes cidades brasileiras. Esses motivos relacionam-se com a satisfação profissional e influenciam na sua permanência ou saída do trabalho¹⁶.

Com a proposta de suprir em caráter emergencial a demanda desses profissionais, foi lançado o Programa Mais Médicos, como uma política para o fortalecimento da AB, consolidação da ESF e os princípios do SUS. Possui como missão precípua a fixação e qualificação do médico para atuar nesse primeiro nível de atenção à saúde, além do desenvolvimento da infraestrutura, estabelecendo boas condições de trabalho, de forma a contribuir com a permanência de profissionais capacitados para atuar na Ab¹⁷.

Ademais, outro aspecto crucial para o processo de implementação da ESF revelado por parte

das enfermeiras é a cobertura da Estratégia. Geralmente ao avaliar a efetividade de programas e serviços de saúde, a intervenção definida é através de um indicador de cobertura que expressa a magnitude da implantação das ações em um dado território¹⁸.

Através dos relatos a seguir, percebemos que as enfermeiras avaliam a cobertura de implantação da ESF como inadequada, estando aquém da real necessidade do município.

“A grande dificuldade do município hoje é não ter a ESF implantada 100% no município, isso acaba sobrecarregando o pronto atendimento, os hospitais, atendendo demandas que não seriam deles, demandas que poderiam ser resolvidas em loco. Ainda falta muita coisa, primeiro é que ela falta existir, a gente tem poucas unidades, ainda esta longe de ser 100% de cobertura”
(Margarida).

“E eu acho que tinha que ter cobertura de 100% de ESF, assim a comunidade começaria a enxergar a gente diferente”
(Girassol).

Estudos atuais abordam a baixa cobertura de implantação da ESF como um grande desafio na AB, limitando sua hegemonia, e segundo Esmeraldo⁹, contribui com a valorização do modelo tradicional centrado na cura e reabilitação, já que as ações de cunho preventivo são escassas e não atingem de forma equânime todo o território nacional.

Para que a ESF de fato seja a porta de entrada ao serviço de saúde, represente a reorganização do modelo assistencial e garanta o atendimento equânime e integral, é precípua, dentre outras medidas, o aumento de sua

cobertura em território nacional. Embora esteja em ascensão desde sua criação, sua distribuição ainda se encontra desigual, contribuindo para a existência de iniquidades na assistência e dificultando o alcance de maiores melhorias à saúde¹⁹.

Diante disso, foi possível identificar que o modelo cultural tanto da comunidade, tanto dos próprios gestores, focado no médico e na cura de doenças, ainda é o mais difundido, o que demonstra que a essência da Estratégia ainda não é reconhecida, o que limita o alcance de seus avanços na saúde pública.

Além desse desafio, somam-se outros agravos que dificultam a implementação da ESF e a consolidação dos princípios do SUS por meio dessa Estratégia, como estrutura inadequada de muitas UBS, a alta rotatividade médica, e a baixa cobertura de implantação no município.

Consolidação da ESF

Através das falas a seguir, percebe-se um consenso das enfermeiras em relação aos benefícios à população através da consolidação da ESF, que podem ser alcançados, em virtude de uma aproximação do serviço com a população, de forma a intervir nos reais problemas e dificuldades enfrentados pela comunidade.

“A questão da queda da mortalidade infantil, hoje a adesão ao aleitamento materno é infinitamente maior que quando nós começamos. As estratégias que a gente faz dentro das escolas de prevenção de DSTs, prevenção de gravidez em adolescentes, isso hoje é muito melhor, o acompanhamento e a

melhor qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos.” (Margarida).

“A população hoje consegue ser melhor assistida, porque quando você trabalha com saúde da família você consegue pontuar o diagnóstico de cada região, então para a população isso foi muito bom, a gente conseguiu melhorar bastante os indicadores de saúde do município” (Orquídea).

Para que a AB consiga potencializar a organização dos sistemas de saúde, é fundamental que contemple readequação ou construção de novas unidades, incentive a valorização e desenvolvimento profissional, realize o aperfeiçoamento do processo gerencial nas UBS, incentive a implantação de protocolos clínicos e incorpore dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, visando à integração das práticas profissionais e a continuidade assistencial²⁰.

Entretanto, embora os depoimentos exponham resultados positivos em relação à consolidação da ESF, revelam que a organização da AB tem evoluído de forma muito lenta ou que até mesmo tenha estacionado, de forma a não potencializar a consolidação da Estratégia.

“Avançou sim, com certeza avançou muito. Tem muito que evoluir ainda, mas é aquilo que te falei, a gente está em um processo de construção dessa história” (Margarida).

“Acho que tem avançado a cada dia, só que infelizmente nos ainda temos entraves com problemas antigos, mas eu acho que a tendência é melhorar” (Lírio).

Podemos perceber que os benefícios da consolidação da ESF são de consentimento

entre as enfermeiras entrevistadas. Mesmo com tantos desafios e dificuldades com relação à ESF, resultados e melhorias na saúde estão sendo alcançadas de maneira a melhorar os indicadores de saúde da população.

Em contrapartida, observa-se que a organização da AB não tem avançado na mesma eficiência, com isso, observa-se que a caminhada para que a Estratégia seja consolidada conforme preconizado ainda é longa, e necessita que os olhares tanto dos gestores quanto dos próprios profissionais que fazem parte deste processo esteja voltado para tais desafios, a fim de que sejam sanados.

Considerações finais

Os resultados mostraram insatisfação das enfermeiras quanto à estrutura das USF, muitas vezes deficientes e precárias. Além disso, a insatisfação também foi evidenciada quanto à cobertura da ESF, que não abrange todo o território, somado a grande rotatividade médica, dificultando o estabelecimento de vínculo com a comunidade. Esses fatores tornam-se impasses para a implementação da Estratégia, uma vez que são altamente prejudiciais para a efetividade dos resultados esperados.

Foi possível perceber, que o conhecimento sobre a Estratégia ainda não está difundido em toda população, uma vez que o modelo cultural da comunidade focado no médico ainda é muito forte. Além disso, muitos profissionais

não relacionaram o motivo da implantação com a essência real da Estratégia, ou seja, promoção e prevenção à saúde da comunidade de forma a atender o indivíduo, família e coletividade de forma integral, mas sim aos repasses financeiros federais ao município.

Entretanto, foi possível identificar com os achados da pesquisa, o desenvolvimento do treinamento introdutório, estabelecido pelo Ministério da Saúde, aos profissionais destinados a ESF.

Mesmo considerando todos os limites apresentados, os resultados apontam os avanços obtidos com o processo de consolidação do SUS através da ESF, que são visíveis aos profissionais, tais como menor mortalidade infantil, redução de gravidez na adolescência, melhor qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos, além da melhoria de outros indicadores de saúde do município. Por outro lado, existem desafios e impasses que precisam ser trabalhados para que se consiga chegar de fato a todos os princípios do SUS, que só será possível através de uma ESF totalmente consolidada, estruturada.

Este estudo contribuiu para avaliar a percepção dos enfermeiros quanto aos resultados alcançados no que diz respeito ao trabalho, implantação, impasses e consolidação da ESF, no intuito de promover uma reflexão sobre o seu contexto geral e os desafios a serem alcançados para que essa prática de atenção à saúde se concretize.

Referências

1. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 1º edição. Brasília: CONASS, 2007.
2. MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção primária à saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. V. 24, Rio de Janeiro, 2008
3. MIRANDA, S. M. R. C.; SANTOS, Á. da S. (Orgs). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2001.
5. PINHEIRO, Gleide M. L.; ALVAREZ, Angela M.; PIRES, Denise E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 17, N. 8, Rio de Janeiro, 2012.
6. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. ed 3. Lisboa: edições 70, 1977.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família. Treinamento Introdutório**. Brasília, 2000.
8. GUTIERREZ, J. M. D. **Na Estratégia de Saúde da Família: o lugar do enfermeiro**. Tese (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Panambi. 2012.
9. ESMERALDO, G. R. O. V. Et al. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**. V. 20, N. 1, 2017.
10. FARIA, H. P. Et AL. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon), 2º edição. Belo Horizonte, 2010.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil**. Brasília, 2008.
12. BOUSQUAT, Et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**. V. 33, N.8, 2017.
13. GOMES, R. N. S. Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde. **Rev Rene**. V. 16, N. 5, 2015.
14. SOUZA, J. W. R. Et al. Fatores dificultadores na realização das tecnologias leves no cuidado do enfermeiro na Atenção Básica. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**. V. 7, N.3, 2018.
15. MEDEIROS, C. R. G. et AL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação as estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 15, N. 1, 2010.
16. PIERANTONI, C. R. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde Debate**. V. 39, N. 106. Rio de Janeiro, 2015.
17. SILVA, V. O. Et al. O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. **Saúde em Debate**. V. 42, N. 117, 2018.
18. AQUINO, R; BARRETO, M. L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Caderno de Saúde Pública**. V. 24, N. 4, Rio de Janeiro, 2008.
19. MALTA, D. C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 21, N. 2, 2016.
20. LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. V. 20, N. 4, São Paulo, 2011.

Submissão: 20/11/2018

Aceite: 07/07/2019