



Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década

Daily practice in the Brazilian Unified Health System in its third decade

Práctica diaria en el Sistema Unico de Salud en su tercera década

Mariana Delfino Gontijo¹

Selma Maria da Fonseca Viegas¹

Amanda Tainara Souza Freitas¹

Amanda Ferreira de Faria Maia¹

Rosane Gonçalves Nitschke²

Marta Nabarro³

1. Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste. Divinópolis, MG, Brasil.

2. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

3. Universidad de Magallanes. Punta Arenas, Chile.

RESUMO

Objetivo: compreender a atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde (SUS), em sua terceira década, sob a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** pesquisa qualitativa, ancorada na Teoria Fundamentada nos Dados e no Interacionismo Simbólico, com 82 profissionais de saúde que atuam na APS. Teve como fonte de evidências a entrevista aberta individual e memorandos. A coleta de dados ocorreu entre abril de 2017 e março de 2018, em 14 unidades de APS de três municípios pertencentes às regiões sanitárias distintas de Minas Gerais. **Resultados:** a atuação cotidiana no SUS é apresentada pelos profissionais da APS e perpassa pela compreensão que tem do SUS, do trabalho na APS e sua implicação na atuação profissional; pelo impacto da gestão; o contexto atual do SUS e sua influência na assistência (in)segura. **Conclusões e implicações para a prática:** fatores que ocasionam insegurança ao profissional podem comprometer a qualidade da assistência e as boas práticas, contribuindo para reflexões de profissionais, gestores e usuários sobre a relevância da proatividade na participação popular para que mudanças ocorram frente ao contexto da APS possibilitando ao profissional mais segurança em suas ações e melhorias na qualidade da atenção à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Condições de Trabalho.

ABSTRACT

Objective: to understand the daily practice in the Brazilian Unified Health System, in its third decade, from the perspective of primary health care professionals (PHC). **Method:** this qualitative research was anchored in the Grounded Theory and Symbolic Interactionism, with 82 health professionals working at PHC. It had as a source of evidence individual open interview and memoranda. Data collection occurred between April 2017 and March 2018 in 14 PHC units of three cities from different sanitary regions of Minas Gerais. **Results:** the daily practice in the SUS is presented by PHC professionals and permeates their understanding of SUS, the work in PHC and its implication in professional practice; the impact of management; the current context of SUS and its influence on (un)safe care. **Conclusions and implications for practice:** factors that cause insecurity to professionals may compromise the quality of care and good practice, contribute to reflections of professionals, managers and users on the relevance of proactivity in popular participation so that changes occur in the context of PHC, enabling professionals to be safer in their actions and improvements in the quality of health care.

Keywords: Primary Health Care; Unified Health System; Access to Health Services; Working Conditions.

RESUMEN

Objetivo: comprender el desempeño diario en el Sistema Único de Salud (SUS), en su tercera década, desde la perspectiva de los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS). **Método:** investigación cualitativa, anclada en la teoría fundamentada y el marco teórico del interaccionismo simbólico con 82 profesionales de la salud que trabajan en APS. La fuente de evidencia fue la entrevista individual abierta y los memorandos. La recopilación de datos tuvo lugar entre abril de 2017 y marzo de 2018, en 14 unidades de APS en tres municipios pertenecientes a diferentes regiones de salud de Minas Gerais. **Resultados:** el desempeño diario en el SUS es presentado por los profesionales de la APS e impregna su comprensión del SUS, el trabajo en la APS y su implicación en el desempeño profesional; el impacto de la gestión; El contexto actual del SUS y su influencia en la atención (des) segura. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** los factores que causan inseguridad al profesional pueden comprometer la calidad de la atención y las buenas prácticas. Contribuir a reflexiones de profesionales, gerentes y usuarios sobre la relevancia de la proactividad en la participación popular para que los cambios ocurran en el contexto de la APS permitiendo al profesional más seguridad en sus acciones y mejoras en la calidad de la atención médica.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud; Acceso a Servicios de Salud; Condiciones de Trabajo.

Autor correspondente:

Selma Maria da Fonseca Viegas
E-mail: selmaviegas@ufsj.edu.br

Recebido em 07/12/2019.
Aprovado em 25/03/2020.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0350

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) concretiza o direito social à saúde pública no Brasil e intensifica a expansão e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS), criando a Estratégia Saúde da Família (ESF) para efetivar a assistência universal, integral e equânime à população, sem restrições, reafirmando a acessibilidade dos cidadãos brasileiros às ações de saúde.¹⁻³

No entanto, após três décadas da criação do SUS, a APS ainda não consegue atender às demandas de saúde dos usuários em tempo oportuno e necessário, havendo grandes entraves para a consolidação dos princípios do SUS. “A garantia e a ampliação do acesso e da efetividade da atenção no SUS dependem da disponibilidade de recursos, e é determinante buscar a melhoria do financiamento”.^{4:1760}

O cotidiano de atuação dos profissionais de saúde é marcado por vários fatores que comprometem a assistência, dentre eles estão a sobrecarga de trabalho, a falta de infraestrutura, a (des)valorização e (des)motivação do profissional e as dificuldades nas relações com usuários.^{5,6}

Estudos realizados no Brasil (São Paulo) e no Chile evidenciaram que os profissionais de saúde se sentem sobrecarregados e frustrados por não conseguirem realizar todas as funções propostas para o seu trabalho.^{7,8}

Sabe-se que o trabalho em saúde, enquanto campo de saberes e práticas, é essencial para a atenção e cuidado. Neste sentido, conhecer o cotidiano de trabalho dos profissionais é fundamental para alcançar um cuidado seguro e com qualidade.^{9,10}

Estudos realizados nos Estados Unidos demonstraram que a continuidade do cuidado melhora a equidade e que esta favorece a qualidade da saúde, possibilitando a interação do profissional com o usuário e a melhoria na assistência prestada.^{11,12}

As dificuldades encontradas pelos profissionais para a atuação no SUS representam um fator impactante no cotidiano dos serviços de saúde, uma vez que comprometem a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, impossibilitando a prestação de uma assistência integral à população.^{6,13}

Portanto, justifica-se a proposta deste estudo pela relevância em compreender o cotidiano de atuação no SUS, em sua terceira década, sob a ótica dos profissionais de saúde na APS, em três municípios mineiros e questiona-se: como é a atuação cotidiana no SUS em três municípios do estado de Minas Gerais, Brasil, na ótica dos profissionais de saúde da APS?

O objetivo deste estudo é compreender a atuação cotidiana no SUS, em sua terceira década, sob a ótica dos profissionais da APS.

MÉTODO

Este estudo de abordagem qualitativa é ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)¹⁴ e no Interacionismo Simbólico (IS).¹⁵ Foi, assim, delineado para identificar dados sobre a atuação cotidiana no SUS, em sua terceira década de criação, sob a ótica dos profissionais da APS. Considerando a relevância do

SUS como sistema público na efetivação do direito à saúde da população brasileira, a complexidade da atenção à saúde e a variabilidade dos fenômenos sociais e das ações humanas para atuação profissional na saúde pública, deve-se sopesar que as pessoas agem com base em significados que são definidos e redefinidos pela interação entre elas.^{14,15}

A TFD é um processo que requer rigor metodológico, com fins de fundamentar os dados coletados por meio da organização de conceitos e formulação de um modelo teórico, o que depende diretamente do nível de complexidade da análise atribuída ao fenômeno em estudo. Seu objetivo é gerar uma teoria ou explicação teórica unificada para um processo, uma ação ou interação configurada pela visão e compreensão das experiências vividas de muitos participantes da pesquisa, que é evidenciada nos dados coletados.¹⁴

O cenário do estudo contemplou três municípios pertencentes à Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, Brasil, definidos após classificação quanto ao porte populacional e microrregião sanitária. A seleção das unidades de saúde dos três municípios foi realizada por meio de sorteio aleatório, e a coleta de dados ocorreu em 14 das unidades da APS/ESF no período de abril de 2017 a março de 2018. As fontes de evidências foram a entrevista aberta e individual e registros em memorandos. A entrevista foi realizada em sala reservada da unidade de saúde, gravada por meio digital, transcrita na íntegra e analisada concomitantemente à coleta de dados.

Participaram da pesquisa 82 profissionais de saúde das equipes da APS tradicional e da ESF, sendo 37 do município 1, 25 do município 2 e 20 do município 3. Eles foram convidados no local de trabalho mediante a aceitação e disponibilidade. Adotou-se como critério de inclusão o profissional ter no mínimo seis meses de atuação na APS e, como critério de exclusão, profissional estar em férias ou afastado. Alcançou-se a saturação teórica dos dados quando novos dados ou relevantes não mais surgiram em relação a uma categoria.¹⁴

A análise dos dados foi feita em etapas interdependentes: codificação aberta, axial, seletiva, para o processo.

A codificação aberta originou 31 códigos *in vivo* mediante os conceitos identificados, que foram agrupados e classificados conforme as similaridades e divergências, originando cinco subcategorias, sendo elas: *Compreensão do SUS sob a ótica dos profissionais da APS; O cotidiano na APS e sua implicação na atuação dos profissionais; O impacto da gestão sobre o contexto do SUS; Determinantes e condicionantes da Segurança do Profissional na APS: formação profissional, infraestrutura, apoio e responsabilidade técnica; Segurança do Profissional: proteção física, apoio psicológico, sofrimento e sentimentos revelam as condições (in)seguras.*

A codificação axial compreendeu a relação das categorias e subcategorias, seguindo as linhas de suas propriedades e dimensões, levando à definição conceitual de duas categorias: *A atuação cotidiana no SUS em sua terceira década: ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde;* e *Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: Teoria*

Fundamentada nos Dados. Essas duas categorias foram integradas e refinadas na codificação seletiva, até identificar a categoria central, e os dados foram se transformando na teoria “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde”. Essa teoria apresenta “a essência da pesquisa, significando a ideia central que relaciona os outros conceitos a ela”.^{14:149}

Na codificação para o processo, a análise dos dados considerou a questão: como a estrutura e as condições foram relacionadas ao processo das estratégias, ações/interações dos profissionais em resposta aos problemas e questões vivenciadas, e que apresentam a (in)segurança ao profissional nas suas ações e atividades no cotidiano da APS?

O paradigma de análise, da teoria formulada, sopesou a estrutura dos serviços e as condições de trabalho para atenção à saúde na APS, relatadas pelos 82 participantes deste estudo. A estrutura e as condições foram associadas ao processo das estratégias, ações/interações dos profissionais em resposta aos problemas e questões vivenciadas e que trazem a (in)segurança ao profissional nas suas ações e atividades.

Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei/*Campus* Centro-Oeste, sob Parecer nº. 1.994.924. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo assinados pelos participantes da pesquisa e pela pesquisadora responsável. Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, utilizou-se o código alfanumérico simbolizado pela letra “E” (de entrevistado), seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas para designá-los (E1, E2... E82).

Este manuscrito é oriundo da dissertação de Mestrado intitulada “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: Uma Teoria sobre a Atuação aos 30 anos do SUS”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São

João del-Rei, *Campus* Centro-Oeste, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2019.

RESULTADOS

A amostragem teórica¹⁴ deste estudo compõe significados vivenciados por 82 participantes em atuação cotidiana na APS: 22 Agentes Comunitários de Saúde, 14 enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem, 08 médicos, 08 dentistas, 07 Auxiliares de Saúde Bucal, 04 auxiliares de enfermagem, 02 Técnicos de Saúde Bucal, 01 fonoaudiólogo, 01 fisioterapeuta, 01 psicólogo, 01 residente de enfermagem. Dos 82 participantes, 91,46% são do sexo feminino, a idade variou entre 20 e 67 anos, sendo a predominância entre 30 e 50 anos, representando 79,3% (65). O tempo de atuação profissional na APS variou de 6 meses a 32 anos, sendo que 39,02% (32 participantes) têm 10 anos ou mais de trabalho na APS.

Do processo de análise e integração sistemática dos dados, emergiu o fenômeno do estudo, sustentado por duas categorias inter-relacionadas. Neste artigo, será abordada a categoria “Atuação cotidiana no SUS em sua terceira década: ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde”, conforme ilustra a Figura 1.

Os participantes deste estudo falam da compreensão que têm do SUS, expressando a universalidade e a integralidade da atenção e o acesso dos usuários aos serviços ofertados. Destaca-se que o controle social não é visto pelos profissionais como ferramenta de mudança e a intersetorialidade favorece o contexto de atuação dos profissionais:

O SUS é para atender todas as pessoas do Brasil, independente dela ser pobre ou ser rica. Quando a pessoa procura o SUS, entrou a porta para dentro ela, é seu usuário. (E₁).

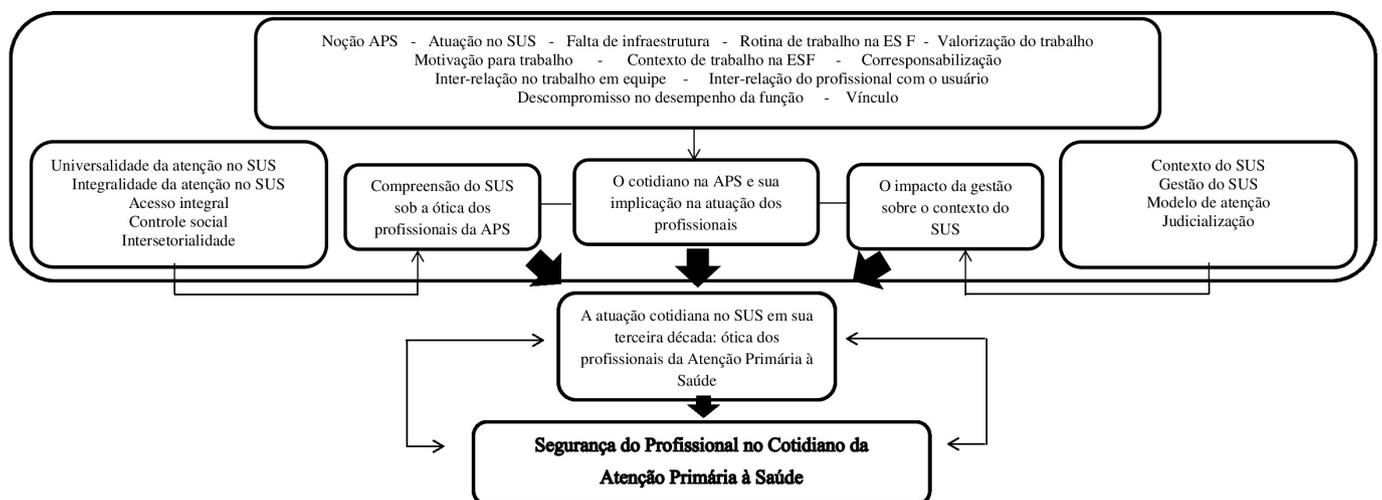


Figura 1 - Modelo Teórico: Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Fonte: elaboração própria.

O SUS... é a integralidade dentro da assistência. Ver o usuário como um todo em uma assistência integral, com equidade, sabendo dar mais a quem tem menos, é ser justo. E, tentar oferecer uma saúde integral mesmo, você tem que contemplar aquele ser humano... (E₂₆).

É um sistema de saúde público que todos têm direito de usar. [...] na prática, o paciente não consegue tudo que ele precisa, até o básico que seria a consulta, a avaliação inicial, ele não consegue. (E₇₃).

Vai dando certa descrença em trabalhar no SUS. Primeiro que você não tem nada para o fazer, a não ser você e você, não é?! O profissional não exige, a população não exige. Está faltando ortopedista. Você vai dá um jeitinho, consegue sua consulta e o resto que se exploda! Não existe coletivo, existe o umbigo. Eu resolvo o meu problema. [...]. Então, o que eu espero de um futuro é que nós, povo, acordemos [...] enquanto não aprendermos que o coletivo tem força, vai faltar tudo. (E₁₃).

Todos trabalhem juntos, as equipes da ESF, o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), todas as instituições juntas num só propósito: o bem da população. (E₄₄).

A APS como porta de entrada e a equipe da ESF como referência para a população adscrita:

A APS é a porta de entrada no sistema de saúde, o primeiro passo da população é ali. É trabalhar com a população adscrita, para aumentar o vínculo. Justamente isso: ESF para a família... é a gente adentrar na casa, conhecer os problemas daquela família, compartilhar com eles a situação. A gente acaba vivenciando o problema da família junto com eles, não é?! A verdade é essa. E sem dúvida, eu acho que foi a melhor estratégia que poderia ter existido na saúde, no SUS, que é a ordenadora da APS e de toda a rede de serviço à saúde. (E₄₆).

A infraestrutura inadequada compromete a acessibilidade às ações e serviços:

Um dos grandes problemas do SUS é na verdade a falta de profissional que quer trabalhar e tenha vontade mesmo de fazer acontecer (E₃₀).

Tem dificuldade quando se precisa do nível secundário e terciário. Conseguir consultas com especialistas e na reabilitação, por falta de profissionais ou porque é difícil esse acesso mesmo pela dificuldade de transporte do próprio paciente. [...] muitas medicações o SUS não oferece. [...] Tem pacientes que esperam anos na fila e, às vezes, quando consegue, talvez seja tarde demais... [...] a gente tem a falta de recursos humanos, falta de materiais, e o excesso de atividades, isso tudo com certeza prejudica a qualidade do trabalho. (E₆₄).

A atuação do profissional no cotidiano da APS contextualiza a sobrecarga de trabalho, a (des)valorização do trabalho e a (des)motivação para o trabalho:

A sobrecarga [...] nós fizemos uma reunião com o secretário de saúde, em relação ao piso salarial que está muito inferior e todos insatisfeitos com o salário e sobrecarregados com o serviço. (E₄₃).

A valorização profissional, e isso afeta sem dúvida na assistência à população. [...] Eu só não me sinto 100% realizada pela desvalorização salarial que, infelizmente, é uma classe bem desvalorizada. (E₄₆).

Eu vejo um desgaste muito grande de todos os profissionais e uma descrença muito grande de todos os profissionais com a rede, com o sistema de modo geral, sabe?! (E₃₄).

O usuário vem e cobra, porque é a porta de entrada. A gente fica de pés e mãos atadas porque tenta fazer, resolver, mas nem tudo depende só da gente. Se eu pudesse falar: "Seu exame vai sair na próxima semana", seria excelente! E aí eu fico insegura, preocupada com o andamento desse paciente e frustrada mesmo e a cobrança é muito grande. (E₇₁).

A corresponsabilização na promoção da saúde e no cuidado/autocuidado não se manifesta como responsabilidade compartilhada:

É enxugar gelo, porque a população precisa ter consciência que ela é responsável pela saúde dela. Porque, às vezes, eles acabam achando que a gente tem responsabilidade até de cuidar da vida deles, de uma alimentação adequada, de uma dieta, entendeu?! O que você mais vê é o uso de remédio para diabetes e hipertensão, sabe?! E, a pessoa vem "estou fazendo dieta" e está com a glicose lá nas alturas e não faz. (E₅₀).

Os profissionais expressam algumas características que comprometem o trabalho no SUS: inter-relação no trabalho equipe, inter-relação do profissional com o usuário, descompromisso no desempenho da função, (não) vínculo:

A união da equipe porque o Agente Comunitário de Saúde sozinho não faz, não tem como... é a equipe junto. Então, a segurança está em uma equipe unida. (E₂₈).

Têm muitos usuários que gostam, elogiam e recebem a gente muito bem em casa. Têm aqueles que são agressivos, principalmente aqui dentro da unidade, porque eles querem consultar, chega tarde e não tem vaga, aí eles transferem aquilo para quem está ali na recepção. Então assim a gente passa estresse aqui e lá na rua também. (E₁).

O SUS, para mim, está um caos devido às pessoas que trabalham no SUS. [...] porque o pessoal que está na ponta é que tem que buscar o usuário, ele não tem que despachar o usuário. Ele tem que fazer tudo para o usuário se sentir confortável naquele local. Então, se ele coloca barreiras e dificuldades, esse usuário não vai vir na Unidade, ele vai buscar outros caminhos que, às vezes, é muito mais dispendioso, tortuoso e difícil para ele. (E₂₉).

A gente cria vínculo com o usuário, conhece o seu problema de saúde e o social. A gente preocupa com essa pessoa e quer que ela seja realmente atendida e o problema dele resolvido. Muitas vezes, tem falhas. (E₉).

A cultura biomédica e o descuido com a saúde determinam a procura de atendimento na APS em demanda espontânea. Além disso, é declarada a crise financeira dos usuários que tinham planos privados de saúde e que migraram para o SUS:

O problema na APS mesmo é a demanda espontânea maior, uma questão cultural da população de procurar mais a Unidade quando está doente, não procurar para promover a saúde. Se cuidar antes de adoecer... Então nesse sentido, o pessoal chega crônico. Apesar disso, a gente tem conseguido ser resolutivo. Mas, eu não sei se o Brasil está preparado para esse SUS em termos financeiros. E, como os planos de saúde estão ficando mais caros, tem uma população grande migrando para o SUS, e eu não sei se esse SUS vai dar conta. Mas eu acredito no SUS. (E₂₆).

O desconhecimento dos usuários sobre o SUS e os pressupostos da APS. [...] não entende o que é uma APS, não entende o que é uma urgência e emergência, o que é um pronto socorro. Então, isso confunde muito e atrapalha a organização do SUS. [...] as pessoas têm acesso, só que por elas não entenderem muito, elas acham que tem que ser tudo hoje [...] o SUS é muito bonito de se ver, deveria funcionar conforme seus princípios e diretrizes, mas eu vejo uma dificuldade muito grande de colocar em prática, é um desafio! (E₅₁).

As implicações da gestão no cotidiano de atuação na APS e a influência do modelo de atenção vigente e da judicialização são fatores que interferem no cuidado prestado:

Acho que, talvez, falta compromisso de alguns profissionais, e tem a limitação da gestão [...] muda sempre o secretário e muda sempre o diretor. Acho que falta uma pessoa para pegar do início ao fim, para que isso aconteça mesmo. [...] é uma rotatividade muito grande e cada um vem com um interesse, vem com um valor, vem com uma cultura. (E₂₆)

É uma população mais carente, então a comunicação é difícil. Tentar transformar uma visão de saúde que eles têm pela visão menos *medicamentada*. [...] mas,

a saúde é um resultante de vários fatores: educação, alimentação, atividade física... e tirar isso da cabeça das pessoas: "Ah, não vai me dar um remédio?" É difícil. E também a questão da falta de recurso. (E₄₉)

A judicialização é outra. Qualquer coisa, o promotor está aqui, está interferindo até na sua receita. Você vai passar um medicamento, desses que estão aí no serviço público, por exemplo, tem muitos deles que estão ultrapassados. Você vai usar? Eu não uso para minha família. Agora, se você prescreve outro, o promotor fala "não tem que ser só o que tem no serviço público? Quer dizer, medicina para pobre, de pobre para pobre, não é?!" Aí eu pergunto "isto te dá alguma segurança?" Esse paciente vai ficar voltando aqui com a mesma doença, não é?! (E₁₅)

Às vezes, a prefeitura acha que a gente está pedindo demais para o paciente e acaba cobrando da gente assim: "Olha não faça tanto isso, porque isso a gente não tem condição de arcar". E, às vezes, a gente sabe que o paciente precisa e ele não tem condição de ter isso de outra forma. Eu peço mesmo assim, oriento, ajudo no que for possível, em termos de papéis que ele precisa para entrar nesse processo, desde que ele precise mesmo. Mais que dá uma insegurança nesse sentido da política, dá. (E₇₃)

DISCUSSÃO

O SUS constitui um marco na história da saúde pública no Brasil como um sistema de saúde para todos, firmado no princípio da universalidade e igualdade de acesso às ações e serviços de saúde.¹⁶

No que tange à universalidade, integralidade e equidade, os participantes desta pesquisa apresentam entendimento em relação a esses princípios. No entanto, relatam que há distanciamento entre o instituído e a prática, e reconhecem uma realidade que dificulta e até impede que os usuários tenham acesso a alguns serviços oferecidos pelo SUS. A universalidade é entendida como a cobertura de toda a população, mas deve ser acrescida pelo acesso equânime à saúde em todos os níveis de assistência, se necessário, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Os princípios da equidade e da universalidade são elementos interpeladores das políticas de saúde e também das práticas cotidianas. A percepção desses princípios sugere a APS como um local de acesso e direito à saúde como uma porta prioritária do Sistema.¹⁷ No entanto, estudo realizado em Minas Gerais evidencia que ainda não se consegue atender a todos os usuários que procuram assistência na APS, de forma resolutiva.¹⁸

A integralidade em saúde ao longo da construção social do SUS "[...] vem sendo incorporada à consciência crítica dos profissionais de saúde. No entanto, não basta que esses profissionais possuam um olhar atento e capaz de apreender as necessidades do usuário se a população não tem acesso a um

Sistema com ações integrais”^{19,1096} A concretização da integralidade no cotidiano dos serviços “[...] depende da organização da rede, dos serviços e das práticas em saúde, da definição de políticas de saúde e sociais de forma integrada”^{19,1097}

A atenção e cuidado integral à saúde é interdependente de planejamento, considerando as necessidades das pessoas, da organização dos serviços de saúde para acolher as demandas, o cuidador e o ser cuidado em suas dimensões emocional, cultural e social.²⁰ A continuidade do cuidado é fruto de uma ação conjunta que se caracteriza como uma articulação reflexiva, negociada, compartilhada, significativa e coerente das diversas ações singulares de cuidados por parte dos envolvidos, no contexto das interações em que ocorre e se manifesta, e na forma como o usuário percebe esta ação interdisciplinar no cuidado.²¹

A dificuldade de a população e os profissionais de saúde reconhecerem-se como proativos na participação popular foi manifestada neste estudo. O controle social legitimado democraticamente como direito e princípio do SUS só adquire sentido quando é percebido como responsabilização compartilhada de profissionais de saúde, gestores e usuários, em colaboração e envolvimento com a construção das políticas de saúde e em defesa do SUS.²² A participação e o controle social são elementos fundamentais nas ações sanitárias, uma vez que a realidade social exige a construção do poder coletivo a partir de diferentes saberes, setores e necessidades que permeiam a saúde e outros protagonistas envolvidos.²³

A intersectorialidade foi apontada pelos participantes deste estudo como facilitadora no cotidiano de atuação profissional, favorecendo a resolutividade dos problemas sanitários no agir coletivo. Facilita a construção das RAS com a corresponsabilização entre a saúde e os outros setores, a troca de saberes, o planejamento de ações e a tomada de decisões de forma compartilhada.²³

A APS é reconhecida pelos profissionais deste estudo como uma porta de entrada no Sistema e a equipe como referência para a população adscrita. A ESF representa a principal estratégia para qualificar a atenção prestada na APS, assegurando os princípios do SUS, sendo uma estratégia capaz de estruturar e ordenar a RAS para acesso integral e equânime, mediante as necessidades das pessoas.^{2,24} Pela RAS, busca-se a prestação de serviços de forma efetiva e com relações horizontais, e se faz fundamental para garantir acesso universal dos usuários as ações e serviços de saúde, de acordo com a necessidade.²⁵

No entanto, mesmo com os avanços alcançados na APS após a implantação e expansão da ESF, reconhece-se que seus princípios e praxis ainda não traduzem a realidade no cotidiano dos serviços, principalmente em relação à integralidade do cuidado; são grandes os desafios no que se refere ao perfil dos profissionais e ao trabalho em equipe, tendo em vista a resolutividade das demandas em saúde.^{1,6,26}

Destarte, o Sistema não consegue assegurar a contiguidade da assistência, acarretando aumento do trabalho, dos gastos e dificuldades aos usuários, sendo fundamental a criação de uma rede de atenção preparada para atender às demandas da população para a concretização do acesso aos serviços.²⁴

Assim, os profissionais se deparam com uma realidade onde o acesso aos outros níveis de atenção não ocorre adequadamente e falta recursos humanos e materiais, ocasionando sobrecarga de trabalho e prejuízo na segurança e na qualidade da assistência prestada, revelando a falta desses recursos e as múltiplas tarefas como aspectos negativos que influenciam nos serviços prestados.²⁷

A atuação profissional no cotidiano da APS foi marcada pelos participantes por sobrecarga de trabalho e baixa remuneração, fatores que causam insatisfação nos profissionais de saúde. Estudos corroboram com este achado ao evidenciarem que a sobrecarga de trabalho e as condições laborais inapropriadas podem acarretar grandes consequências para o profissional. Esses fatores ocasionam alto nível de estresse emocional e físico, podem acometer a saúde e influenciar no desempenho do profissional e colaborar para uma maior probabilidade de cometer erros, comprometendo o cuidado prestado, ocasionando danos às pessoas assistidas^{5,6,28,29} e insegurança ao profissional. Além disso, a baixa remuneração, associada ao excesso de trabalho, em função de toda a responsabilidade que os profissionais possuem, contribui para a insatisfação.⁶

Os participantes relatam não se sentirem valorizados, proporcionando desmotivação e, conseqüentemente, piora da qualidade da assistência e reforçam a necessidade de melhorias salariais. Desse modo, a atuação do profissional merece atenção maior da gestão, a fim de enaltecer o trabalhador, o reconhecimento, a valorização e o estímulo dos profissionais, não apenas como força de trabalho, mas como pessoas responsáveis por um fazer significativo. Esses profissionais exercem influência em seu compromisso com o trabalho, o que é refletido na assistência e na qualidade do serviço oferecido à população.²⁵

A ausência de um plano de cargos e salários impede ascensão dentro da instituição e, conseqüentemente, melhor salário e reconhecimento são alguns dos motivos que colaboram para a desmotivação do profissional. É preciso investir em estratégias para melhorias salariais, uma vez que podem influenciar no trabalho desse profissional, na qualidade de vida dele e na permanência ou abandono da profissão.⁶ Também, a motivação para o trabalho e a qualificação do profissional devem ser estratégias adotadas no cotidiano da APS.

Os participantes se sentem desmotivados no desempenho de sua função e não acreditam em mudanças. Vários são os aspectos desmotivadores, como recursos humanos e materiais deficitários; remuneração inadequada; alta rotatividade dos profissionais; infraestrutura precária para o trabalho; dificuldade de trabalhar interdisciplinarmente e em equipe; baixa resolubilidade; excesso de demanda.²⁶

Destarte, o cotidiano de trabalho é marcado por insegurança e frustração dos profissionais que atuam no SUS e pela cobrança dos usuários frente às dificuldades dos profissionais em responder às suas necessidades por falta de recursos.

Os participantes deste estudo ressaltam a importância de os usuários responsabilizarem-se por suas demandas em saúde, uma vez que esse fato torna-se dificultante para o

vínculo terapêutico. A continuidade do cuidado se inicia pela interação do usuário com o profissional e da experiência dos mesmos, favorecendo a corresponsabilização. No entanto, o usuário deve se responsabilizar com sua saúde, assumindo seu lugar de protagonista, com participação ativa e contínua, com o intuito de efetivar seu acompanhamento em saúde.²¹ Em um estudo realizado em Porto Alegre, observou-se que a confiança e o diálogo estabelecidos entre o usuário e o profissional são fatores que contribuem para a adesão ao que foi proposto.³⁰

A segurança do profissional é aumentada quando o trabalho é realizado em equipe. Os participantes deste estudo relatam que não é possível desempenharem seus papéis sozinhos, uma vez que o trabalho em equipe proporciona o cuidado com qualidade ao considerar o usuário como protagonista e corresponsável pelo autocuidado, a manutenção e proteção da sua saúde. Dessa forma, a segurança do profissional é determinada pela corresponsabilidade de todos: profissional, equipe, gestão e protagonismo do usuário; e não uma conotação de culpabilização do profissional pela sua segurança.

A interdisciplinaridade possibilita o compartilhamento do conhecimento, e a integração dos profissionais proporciona o planejamento e a divisão de tarefas, cooperação, colaboração de forma democrática, englobando os diversos interesses, necessidades, saberes e habilidades. Neste sentido, a articulação de saberes e fazeres possibilita a qualidade da atenção à saúde e aumenta a satisfação do profissional, onde todos devem conhecer a função e as responsabilidades de cada um.^{6,31}

Deste modo, ao tomar uma decisão em relação ao cuidado, a ação de um profissional pode ter um significado diferente para outro profissional, principalmente, quando se refere a categorias profissionais diferentes. Estas ações, quando negociadas e compreendidas interdisciplinarmente por estes profissionais, ao interagirem, se completam e se convergem em cuidado integral ao usuário.²¹

A inter-relação profissional/usuário se dá pelo tratamento respeitoso, mas esta pode se tornar estressante, algumas vezes, quando as necessidades dos usuários não são atendidas e estes se tornam agressivos com os profissionais. Estudo corrobora com este achado ao apresentar que a relação usuário/profissional nem sempre é congruente, porém cabe ao profissional o desenvolvimento de capacidades para o convívio e gerenciamento de conflitos, uma vez que o bom relacionamento entre eles está relacionado com a qualidade do atendimento prestado.⁶ A ação-interação entre os profissionais e usuários permite aos indivíduos significar e ressignificar suas perspectivas em relação ao cuidado, e, assim, progressivamente, essas perspectivas vão conduzindo e auxiliando a tomada de decisão acerca do atendimento em saúde.²¹

No que tange ao desempenho da função profissional, este estudo reforça a importância de acolher, ouvir e tentar resolver as necessidades dos usuários, para que estes procurem a APS como porta de entrada ao Sistema e não os outros serviços de maior complexidade tecnológica/diagnóstica, se não houver necessidade. Considerando a acessibilidade em saúde, quando

os usuários buscam os serviços de saúde, eles esperam que os profissionais resolvam ou, pelo menos, minimizem o problema que o levou a procurar aquele serviço.²⁰

Os resultados deste estudo reforçam a importância do vínculo com os usuários, oportunizando um cuidado seguro e com qualidade. Este emerge como essencial para as demandas do cuidar, possibilitando um cuidado contínuo e integral, de caráter individual e coletivo. A continuidade do cuidado e a resolutividade das demandas em saúde na APS são fundamentais para que o vínculo seja estabelecido. Em casos de não contemplação das necessidades, as relações dos usuários com os profissionais ficam prejudicadas.^{20,25,32}

O predomínio da demanda espontânea se torna um dificultador no cotidiano dos participantes deste estudo, uma vez que a população desconhece os pressupostos da APS e dos serviços de média e alta complexidade, contribuindo para a desorganização do Sistema ao adentrar espontaneamente em locais onde a demanda não é priorizada.

Estudos realizados em Recife, PE e em Cocal do Sul, SC, Brasil, respectivamente, demonstram que o excesso de trabalho prejudica o acolhimento às demandas, que os usuários desconhecem os serviços prestados pela APS e qual o fluxo ou a unidade que devem procurar de acordo com suas necessidades. Consequentemente, o profissional não consegue prestar uma assistência de qualidade ao usuário.^{6,33}

A alta rotatividade dos representantes da gestão, declarada neste estudo, prejudica os profissionais no desempenho de suas funções; a substituição destes implica a descontinuidade das ações propostas. A gestão do trabalho no SUS e, por conseguinte, a atuação dos profissionais de saúde, configura-se como elemento central para a efetividade de todo o sistema de saúde, mediante o seu papel como agente transformador e, por possibilitar, no processo de trabalho, vínculos que venham a favorecer a participação e o comprometimento mútuos.²⁵

Apesar de a ESF ser pensada para efetivar a clínica ampliada, ainda permanece a lógica de um modelo curativista, onde há o senso comum de uma cultura centrada nos aspectos curativos, médicos/hospitalares com práticas pautadas essencialmente no modelo biomédico de saúde.^{33,34}

Os médicos, participantes desta pesquisa veem a judicialização como uma ferramenta para efetivar o direito à saúde, no entanto, se sentem inseguros quando questionados em relação à terapêutica instituída, mas isto não é impeditivo para a prescrição.

As ações judiciais asseguram o direito à assistência farmacêutica a algumas pessoas, mas comprometem o acesso da população geral ao impor ao sistema público gastos excessivos e não condizentes com a realidade financeira destinada à execução das políticas públicas de saúde, muitas vezes, desconsiderando os princípios primordiais de universalidade, integralidade e equidade que são o sustentáculo do SUS.³⁵

Na abordagem interacionista, as pessoas orientam suas ações em direção aos fatos/fenômenos do cotidiano em razão do que representam para elas. O significado de tais fatos/fenômenos é consequência da interação social que cada profissional mantém

com seu próximo no cotidiano da APS, e estes significados são manipulados e modificados na medida em que o processo interativo entre os profissionais se desenvolve.¹⁵

Os participantes da pesquisa apresentam em seus depoimentos como é o cotidiano de atuação na APS aos 30 anos do SUS, relatam fatos/fenômenos e vivências, as inter-relações estabelecidas no contexto dos serviços e de vidas, que se entrelaçam na função de cada um dos seres cuidadores e seres cuidados, expressando significados sobre a atuação cotidiana no SUS e a representatividade da falta de recursos no Sistema e demonstram que, ainda, não conseguem resolver todas as demandas de saúde da população em tempo necessário a cada um em sua singularidade e equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade vivenciada pelos 82 profissionais de saúde da APS de três municípios de Minas Gerais, Brasil possibilitou compreender a atuação cotidiana dos profissionais há três décadas do SUS. A vivência é marcada pela (des)motivação, (des)valorização, sobrecarga de trabalho, infraestrutura precária, dificuldade no referenciamento dos usuários aos demais níveis de atenção, baixa resolutividade em detrimento a recursos e pouco envolvimento dos profissionais na sua prática, dificuldade na efetivação da responsabilização e inter-relações prejudicadas quando os usuários não têm sua necessidade atendida. Esses fatores interferem na atuação profissional, ocasionando insegurança, angústia e sofrimento moral, podendo impactar a qualidade da assistência. Em contrapartida, o vínculo e a interdisciplinaridade oportunizaram um cuidado seguro e com qualidade.

Considera-se uma limitação do estudo a não inclusão de gestores como participantes da pesquisa. Refletir sobre esta temática é fundamental, uma vez que a APS, apesar de ser considerada uma porta de entrada no SUS, ainda não consegue atender todas as necessidades de saúde dos usuários que procuram por assistência, seja para a resolução dos problemas ou para referenciá-los a outros níveis de atenção. Esta realidade, atrelada à precariedade das condições de trabalho dos profissionais, acarreta insegurança para sua atuação.

Contudo, é preciso que ocorram modificações neste cenário, para isso, é necessária a atuação frente aos fatores que interferem neste cotidiano, com a participação de todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde e na gestão. Este estudo poderá contribuir para reflexões de profissionais, gestores e usuários sobre a relevância da proatividade na participação popular para que mudanças ocorram frente ao contexto da APS possibilitando ao profissional mais segurança em suas ações e melhorias na qualidade da atenção à saúde de pessoas, famílias e comunidade.

FINANCIAMENTO

Este estudo foi financiado através da concessão da Bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UFSJ, Edital 0003/2017/PROPE para a autora Amanda Tainara Souza Freitas, no ano de 2018.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Desenho do estudo, aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do artigo, responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Mariana Delfino Gontijo. Desenho do estudo, aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do artigo, responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Selma Maria da Fonseca Viegas. Análise de dados e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do artigo, responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Amanda Tainara Souza Freitas. Interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do artigo, responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Amanda Ferreira de Faria Maia. Revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do artigo, responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Rosane Gonçalves Nitschke. Marta Nabarro.

EDITOR ASSOCIADO

Antonio José de Almeida Filho

REFERÊNCIAS

1. Viegas SMF, Penna CMM. Integrality: life principle and right to health. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(2):237-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200010>. PMID:26535845.
2. Flôr CR, Oliveira CDL, Cardoso CS, Rabelo CF, Gontijo BL, Carvalho SF et al. Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. *Rev Bras Epidemiol*. 2017 out/dez;20(4):714-26. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700040013>. PMID:29267755.
3. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e126. <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>. PMID:31093154.
4. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1751-62. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>. PMID:29972484.
5. Andrade LDF, Simões ACM, Henriques AHB, Sousa ATO, Pinto MB. Nurse's performance in their work activities in primary health care. *Rev de Enferm Atenção Saúde*. 2016 jan/jul;5(1):48-59. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>.
6. Soratto J, Fernandes SC, Martins CF, Tomasi CD, Zanini MTB, Fertonani HP. Job satisfaction and dissatisfaction among family health strategy professionals in a small city of Southern Brazil. *Rev CEFAC*. 2018 jan/jun;20(1):69-78. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201820111117>.
7. Carrapato JFL, Castanheira ERL, Placideli N. Perceptions of primary healthcare professional about quality in the work process. *Saude Soc*. 2018;27(2):518-30. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170012>.
8. García Vera M, Merighi MAB, Conz CA, Silva MH, Jesus MCP, González LAM. El cuidado en la Atención Primaria de Salud: vivencia de las enfermeras. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 1):531-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0244>.
9. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC et al. The nurse's work in primary health care. *Esc Anna Nery*. 2016 jan/mar;20(1). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>.

10. Santos MC, Frauches MB, Rodrigues SM, Fernandes ET. Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): importância da Qualificação Profissional. *Saúde & Transf Soc.* 2017 maio/ago; [citado 2018 set 7];8(2):060-9. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4095/4985>
11. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips Jr RL. Higher primary care physician continuity is associated with lower costs and hospitalizations. *Ann Fam Med.* 2018 nov/dez;16(6):492-7. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2308>. PMID:30420363.
12. Culhane-Pera KA, Ortega LM, Thao MS, Pergament SL, Pattock AM, Ogawa LS et al. Primary care clinicians' perspectives about quality measurements in safety-net clinics and non-safety-net clinics. *Int J Equity Health.* 2018;17(161):161. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-018-0872-3>. PMID:30404635.
13. Santos CTB, Barros IS, Amorim ACCLA, Rocha DG, Mendonça AVM, Sousa MF. Integrality in Brazil and Venezuela: similarities and complementarities. *Cien Saude Colet.* 2018;23(4):1233-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.16122016>. PMID:29694596.
14. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
15. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Califórnia: Prentice-Hall; 1969.
16. Tetemann EC, Trugilho SM, Sogame LCM. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. *Textos & Contextos (Porto Alegre).* 2016 ago/dez;15(2):356. <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2016.2.25456>.
17. Soratto J, Witt RR, Pires DEP, Schoeller SD, Sipriano CAS. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia de Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015 jan/mar;10(34):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)872](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)872).
18. Dias OV, Araújo FFA, Oliveira RM, Chagas B, Costa SM. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Rev Bras Med Fam.* 2016 jan/dez;11(38):1-13. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1185](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1185).
19. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface Comunicacao Saude Educ.* 2015;19(5):1089-100. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>.
20. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Serrano Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface Comunicacao Saude Educ.* 2018;22(65):387-98. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>.
21. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued Gk, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):e4250016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>.
22. Lima FA, Galimberti PA. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. *Physis.* 2016;26(1):157-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100010>.
23. Silva DAJ, Tavares MFL. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde Debate.* 2016 out-dez;40(111):193-205. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611115>.
24. 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. *Rev Cuidado Fundam Online.* 2016 out-dez;8(4):4986-95. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4986-4995>.
25. Ferreira TLS, Souza DRS, Andrade FB. Avaliação da gestão do trabalho com enfoque na atuação dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Ciência Plural.* 2016 [citado 2018 set 5];2(2):99-114. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/10974/7848>
26. Motta LCS, Siqueira-Batista R. Estratégia saúde da família: clínica e crítica. *Rev Bras Educ Med.* 2015;39(2):196-207. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00912014>.
27. Pedraza DF, Queiroz D, Sales MC, Menezes TN. Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. *ABCS Health Sciences.* 2018;43(2). <http://dx.doi.org/10.7322/abcs-hs.v43i2.993>.
28. Silva DSD, Tavares NVS, Alexandre ARG, Freitas DA, Brêda MZ, Albuquerque MCS et al. Depression and suicide risk among Nursing professionals: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(6):1027-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>. PMID:27419688.
29. Ejlertsson L, Heijbel B, Ejlertsson G, Andersson I. Recovery, work-life balance and work experiences important to self-rated health: a questionnaire study on salutogenic work factors among Swedish primary health care employees. *Work.* 2018;59(1):155-63. <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-172659>. PMID:29439377.
30. Souza MSF, Kopittke L. Adesão ao tratamento com psicofármacos: fatores de proteção e motivos de não adesão ao tratamento farmacológico. *Revista de APS;* 2016 jul/set; [citado 2018 set 15];19(3):361-9. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2370/1012>
31. Jacowski M, Budal AMB, Lemos DS, Ditterich RG, Buffon MCM, Mazza VA. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev Baiana de Enfermagem.* 2016 abr/jun;30(2):1-9. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15145>.
32. Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. *Trab Educ Saude.* 2017 maio/ago;15(2):373-98. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00064>.
33. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Pessoa EÂC, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis.* 2015;25(2):635-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>.
34. Santos ALR, Faler CS. A rede de atenção básica na perspectiva dos usuários do SUS de um município do Médio Alto Uruguai Gaúcho. *Unoesc & Ciência-ACBS.* 2018 jan/jun;9(1):15-22.
35. Paim LFN, Batt CR, Saccani G, Guerreiro ICK. Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos? *Cad Saude Colet.* 2017;25(2):201-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020022>.