

A CONTRIBUIÇÃO DO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DE UM MUNICÍPIO DO NOROESTE DE MINAS GERAIS

Ana Paula Gimenez da Cunha Buzinaro¹
Daniela de Stefani Marquez²

RESUMO

A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde, com o objetivo de orientá-los sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos, e direcionar os casos para as demais complexidades, de acordo com a necessidade. Desta forma, é possível observar que a atenção básica é de grande importância para a população, e sua gestão deve ser feita de acordo com as demandas externas que cada município, ou cada bairro, apresenta. A Organização Pan-Americana de Saúde (2011) aponta que na realidade o que se busca é uma fragmentação dos sistemas de saúde, visando amenizar a crise que o país enfrenta no sistema de saúde, e as redes de atenção família contribuem para esta busca incessante de modificar o quadro da saúde no Brasil. Assim, a busca pela especialização médica contribui diretamente para o fortalecimento da essência e dos princípios da Atenção Básica e com isso proporciona um atendimento de boa qualidade ao paciente. O objetivo deste estudo foi identificar a contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família através de uma pesquisa tipo revisão bibliográfica, descritiva. A inserção de alunos do curso de medicina nestes programas de saúde e atenção à família podem auxiliar quanto ao estímulo do uso correto e adequado das medicações, orientações quanto aos benefícios de exercícios diários; incentivo a hábitos saudáveis de vida, ensinamentos sobre curativos e imunizações, dentre outros. Este estudo justifica-se, visando reconhecer a contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família. Tal relevância é baseada no princípio da longitudinalidade, que

¹ Residente do Curso de Medicina – UniAtenas

² Orientadora Científica – UniAtenas

visa o acompanhamento do paciente em todos os ciclos vitais e assim reafirmando a essência da Atenção Primária da promoção da saúde e prevenção de doença. A residência médica é melhor forma de qualificar o egresso da Medicina por meio do treinamento em serviço, sempre com a supervisão e acompanhamento de docentes preparados. Para isso, é importante que tenhamos investimentos governamentais que abrangem desde infraestruturas, quanto capacitações de docentes e coordenadores.

Palavras-chave: Internato e Residência, Estratégia Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Primary care or primary health care is known as the "gateway" of users in health systems, with the goal of guiding them on disease prevention, resolving possible cases of illness, and directing cases to other complexities, according to the need. In this way, it is possible to observe that basic care is of great importance to the population, and its management must be done according to the external demands that each municipality, or each neighborhood, presents. The Pan American Health Organization (2011) points out that in reality what is sought is a fragmentation of the health systems, aiming to soften the crisis that the country faces in the health system, and the networks of family attention contribute to this incessant search to change the health situation in Brazil. Thus, the search for medical specialization contributes directly to the strengthening of the essence and the principles of Basic Attention and with that, it provides a good quality care to the patient. The objective of this study was to identify the contribution of the Family and Community Medicine Resident in the Family Health Strategy through a bibliographical, descriptive, review type research. The inclusion of medical students in these programs of health and attention to the family can assist in stimulating the correct and appropriate use of medications, guidance on the benefits of daily exercises; encouragement to healthy habits of life, teaching about dressings and immunizations, among others. This study is justified in order to recognize the contribution of the Family and Community Medicine Resident in the Family Health Strategy. Such relevance is based on the principle of longitudinality, which aims to follow the patient in all life cycles and thus reaffirming the essence of Primary Care of health promotion and disease prevention.

Medical residency is the best way to qualify the medical graduate through in-service training, always with the supervision and accompaniment of prepared teachers. For this, it is important that we have government investments ranging from infrastructures, to training of teachers and coordinators.

Keywords: *Internship and Residence, Family Health Strategy, Single Health System, Primary healthcare.*

INTRODUÇÃO

Conforme Gusso e Lopes (2012) a atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde, com o objetivo de orienta-los sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos, e direcionar os casos para as demais complexidades, de acordo com a necessidade. Desta forma, é possível observar que a atenção básica é de grande importância para a população, e sua gestão deve ser feita de acordo com as demandas externas que cada município, ou cada bairro, apresenta.

A gestão da atenção básica de saúde no Brasil é feita por órgãos públicos, como no caso em que a prefeitura assume a responsabilidade deste atendimento, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Para o desenvolvimento deste trabalho, diversas variáveis serão apresentadas, como: SUS, Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de residência médica em Saúde da Família (PSF), satisfação de usuários, dentre outros, que serão devidamente conceituados e inseridos no âmbito da pesquisa (AGUIAR, 2011).

No Brasil, existe a tentativa de se promover a atenção primária á saúde desde aproximadamente 1920. Durante todo esse período diversas conquistas foram alcançadas, porém com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) houve o maior entendimento da importância do seguimento do modelo de atenção primária como principal agente modificador da saúde. Posteriormente o PSF recebeu o nome de Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscando além de um programa com início, meio e fim, uma continuidade no atendimento ao usuário com características de promoção, prevenção e reabilitação a saúde (ARANTES, SHIMIZU, HAMANN, 2016).

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão bibliográfica do tipo pesquisa descritiva.

O estudo descritivo objetiva realizar análise teórica e empírico de um determinado fato ou fenômeno. E a pesquisa bibliográfica é produzida com base em material já publicado (GIL, 2010).

Para realização desta pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados *Lilacs*, *Scielo*, e Biblioteca Virtual de Saúde; e livros do acervo do Uniatenas. Foram utilizados os descritores: Estratégia Saúde da Família, Residência Médica, Sistema Único de Saúde, Atenção Básica.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

De acordo com a Constituição Brasileira, em seu artigo 196 (Constituição Federativa do Brasil, 1988), todo cidadão tem direito à saúde, e este direito é garantido pelo governo através do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem trabalhando com um conjunto de ações direcionadas ao primeiro nível de atendimento individual ou coletivo. Uma destas ações foi o Programa Saúde da Família, implantado em 1994, e que teve como propósito reestruturar o sistema de saúde, garantindo equidade nos atendimentos à população (AGUIAR, 2011).

Segundo Kawashima (2011), o Ministério da Saúde (MS), antes de implementar o PSF, lançou o PACS (Programa de Atendimento à Saúde da Comunidade), com o objetivo de reorganizar a prática de atenção à saúde, substituindo o modelo tradicional, e tornando a família o alvo da saúde. Assim, o MS propõe mudanças no sentido de centrar não na doença, mas na sua prevenção, dando uma atenção básica às famílias através de agentes comunitários para que a população aprenda a se prevenir contra possíveis doenças.

Ainda de acordo com Lavras (2011), pode-se conceituar rede de atenção à saúde como:

Uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que se serve (LAVRAS, 2011, p. 15).

Como visto na citação acima, para se obter um trabalho de atenção à saúde se faz necessário uma integração dos sistemas de gestão clínico, administrativo e logístico, pois o diferencial do serviço de atenção básica à saúde é justamente fazer com que o paciente se trate preventivamente, e desta forma não necessite de tantos cuidados clínicos. Neste sentido, a população deve ser analisada estabelecendo-se as necessidades básicas de saúde, avaliando-se as intervenções de saúde possíveis, estudando-se, através da gestão, quais as medidas e modelos que deverão ser adotados (LAVRAS, 2011).

De acordo com Brasil (2018, p.1) o Programa de Saúde da Família:

“visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade”.

Como dito anteriormente, o sistema de saúde brasileiro vive uma crise, e a atenção básica à saúde pretende minimizar os danos causados por esta crise, levando atendimento até as famílias, desafogando os postos de atendimento médico, que com uma demanda menor podem atender melhor seus pacientes. O programa de atenção básica à saúde, para chegar às famílias brasileiras, necessitou de uma modificação na gestão tanto estadual, quanto municipal, e uma delas foi a criação de uma equipe multidisciplinar, formada, segundo Brasil (2018, p. 1), por:

“(I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal”.

Esta equipe faz o mapeamento e o cadastro das famílias dentro de seu território de atuação, identificando os fatores de risco, fazendo um trabalho de orientação, levando em conta as diversidades pertinentes a cada população, lembrando que este sistema é a porta de entrada para o serviço público de saúde,

com atribuições e obrigações no âmbito federal estadual e municipal, exigindo assim um bom planejamento e uma gestão eficiente (GUSSO; LOPES, 2012).

Segundo Aguiar (2011) no caso da Atenção Básica (AB), há uma expectativa de que se defina uma direção para suas práticas que seja, simultaneamente, coerente com os princípios do SUS e com a realidade sócio sanitária do território. Nota-se que para uma eficácia do programa de atenção à saúde da família é preciso determinar onde se quer chegar, e de que maneira se irá chegar ao objetivo proposto. Apesar de haver uma padronização quanto à exigência de equipe mínima multidisciplinar, e quanto ao modelo adotado, cada população, ou cada comunidade, para dar um ar mais restrito ao programa, possui problemas diferenciados e específicos. Por exemplo, em um estado no qual o esgoto corre a céu aberto, o trabalho será mais direcionado à prevenção e tratamento de doenças provocadas por este tipo de situação.

Em 1993, o Brasil já disponibilizava às famílias o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com uma estruturação que visava os objetivos almejados na constituição de 1988. Porém, poucos municípios foram contemplados com este programa. O ano de 2006, segundo ainda os autores mencionados, foi um marco para a atenção básica de família, definindo como prioridade “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica, e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (GUSSO; LOPES, 2012, p.32).

Com o decorrer do tempo, a atenção básica à família teve um avanço com resultados positivos, aumentando o alcance de famílias atendidas e diminuindo as incidências de casos como mortalidade infantil (GUSSO; LOPES, 2012).

“A redução da mortalidade infantil foi quase duas vezes maior em municípios com altas coberturas da Estratégia Saúde da Família (redução de 22%) do que em municípios com baixa cobertura (redução de 13%), e o impacto da Saúde da Família foi maior em municípios com mais baixos IDH, ratificando o potencial dessa estratégia para a redução das iniquidades sociais em saúde no Brasil” (GUSSO; LOPES, 2012, p.33).

De acordo com estas informações, observa-se que a preocupação com o atendimento às famílias tem trazido impactos sociais significativos, uma vez que as equipes multiprofissionais, que atendem a estas populações, têm recebido apoio de instituições educacionais, principalmente através dos estudantes de medicina, que contribuem para a eficácia do serviço prestado, expandindo o leque de pessoas

atendidas. Não só a mortalidade infantil diminuiu, mas vários diagnósticos são feitos, descobrindo-se doenças no seu início, dando maior oportunidade de tratamento para as pessoas acometidas por diversas enfermidades (GUSSO; LOPES, 2012).

Sabemos que os determinantes sociais de saúde (DSS) são fatores que estão diretamente relacionados com os problemas de saúde apresentados pela população; no qual observa-se uma correlação entre as condições socioeconômicas mais baixas e uma maior determinação no surgimento de co-morbidades marcadas pelo estilo de vida. Os DSS passam necessariamente por uma avaliação de valores, Iniquidades na saúde envolvem mais que meras desigualdades e implicam num fracasso para evitar ou superar essas desigualdades que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas; elas têm suas raízes na estratificação social. A falta de acesso à Atenção Básica de forma integral tem o poder de atingir grande parte da população brasileira de regiões de baixa condição socioeconômica, de difícil acesso e nas periferias das grandes cidades; contribuindo significativamente na promoção da saúde e prevenção de doenças e conseqüentemente reduzindo índices de morbimortalidade (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE COMUNIDADE E FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado para ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, com um território definido e uma população delimitada sob a sua responsabilidade, com o intuito de intervir sobre os fatores de risco aos quais à comunidade está exposta e prestar assistência integral, permanente e de qualidade, incluindo a realização de atividades de educação e promoção da saúde (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

Inicialmente restrito às poucas populações, atualmente as Estratégias de Família e Comunidade (ESF) apresentam diferentes resultados já comprovados de melhorias na qualidade de saúde. Dentre algumas notórias melhorias pode-se citar a ampliação da cobertura Vacinal, com redução e erradicação de patologias anteriormente prevalentes; melhorias aos atendimentos de pacientes com imunodeficiência adquirida (Vírus HIV), com humanização do processo de prevenção e promoção á saúde, além de diagnósticos precoces, melhores terapêuticas e aumento consideráveis de sobrevida desses paciente; Redução

importante no número de pessoas tabagistas, com estudos que apontam prevalências de 29% para 12% entre homens e de 19% para 8% entre mulheres, entre os anos de 1990 até 2015 (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018). Todas essas evidências, dentre outras, são resultantes que apontam a qualificação no atendimento baseado no investimento e incentivo aos cuidados da atenção primária.

Com o surgimento posterior do programa de Saúde da Família (PSF), a necessidade contínua e abrangente de médicos voltados para a atenção familiar e primária, e a política hierarquizada do Sistema Único de Saúde trazem a especialidade para uma importância significativa nos dias atuais, como alicerce e base para melhorias de todo Sistema Nacional de Saúde (LIPII; FLEXA, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi uma ferramenta posterior complementar ao Programa de Saúde da Família (PSF), que visou direcionar os fluxos e modernizar as equipes e atendimentos a comunidade. Conhecidamente desempenham papel social, coletivo e organizacional fundamental, com evidentes melhorias na qualidade de vida e de saúde da população às custas de melhor custo efetividade a comunidade (LIPII; FLEXA, 2017).

Considerando este modelo de reestruturação voltado para ações preventivas e a importância que essa estratégia está assumindo na organização da atenção à saúde da população brasileira, um questionamento nos surgiu de imediato: os profissionais que estão formando possui o perfil para atuar na Estratégia Saúde da Família, numa visão integral de indivíduos, família e comunidade (CASTRO; NÓBREGA-TERRIEN, 2009).

Em 1976, surgem os primeiros programas de residência médica voltados especificamente para atenção primária (RODRIGUES *et al.*, 2017). Inicialmente chamados de Medicina Geral Comunitária, os municípios do Rio de Janeiro e Porto Alegre foram oportunizados com essa nova especialidade médica, ainda sem conhecimento da maioria da população técnica e geral.

Em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica reconheceu os a especialidade como parte dos programas de Residência Médica, sendo então criada no ano de 1986 a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária que posteriormente receberia o nome de Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), entidade que representa e especialidade até os dias atuais (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Não se pode usar um modelo único de gestão nestas unidades, uma vez que os problemas apresentados são diferenciados, o perfil dos habitantes das localidades atendidas não é o mesmo, e o gestor deverá ter a sensibilidade de encontrar caminhos para uma gestão dinâmica e eficaz dentro dos problemas a serem solucionados naquela região (AGUIAR, 2011).

Assim, na formação acadêmica do médico está ligada diretamente ao ensino das competências necessárias ao profissional que inicia sua prática profissional e tem como principal campo de oferta de trabalho a Estratégia Saúde da Família (ESF) (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

RELEVÂNCIA DO RESIDENTE DE MEDICINA DE COMUNIDADE E FAMÍLIA

A atenção primária em saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. Vários estudos comprovam que países que possuem sistemas organizados a partir da APS apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Quanto a estas evidências positivas nos serviços prestados nas redes de atenção no sistema de saúde, Lavras (2011) apresentou os seguintes impactos sociais:

“Evidências do impacto das redes de atenção nos sistemas de saúde; reduzem a fragmentação da atenção; melhoram a eficiência global do sistema; evitam a multiplicação de infraestrutura e serviços; respondem melhor às necessidades e às expectativas das pessoas; melhoram o custo efetividade dos serviços de saúde; reduzem hospitalizações desnecessárias; diminuem o tempo de permanência hospitalar; produzem economias de escala e de escopo; aumentam a produtividade do sistema; Melhoram a qualidade da atenção; produzem uma oferta balanceada de atenção geral e especializada; A continuidade da atenção gera maior efetividade clínica; facilitam a utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas; aumentam a satisfação dos usuários; facilitam o autocuidado pelas pessoas (LAVRAS, 2011, p. 22).

Na verdade, todos estes impactos sociais são de grande importância para a população, mas deve-se destacar dois aspectos; a redução de hospitalizações

desnecessárias, e o autocuidado das pessoas. Com a crise que o Brasil tem vivenciado no sistema de saúde, há falta de leitos nos hospitais brasileiros (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018). O fato de se evitar internações desnecessárias auxilia para que o sistema não entre em colapso. Quanto ao autocuidado, nota-se que o programa de atenção à família trouxe uma educação para as pessoas atendidas, fazendo com que fiquem mais atentas aos sinais do corpo, e que saibam prevenir doenças que poderiam ser evitadas através do autocuidado (LAVRAS, 2011).

A gestão é uma maneira de controlar os processos, subordinada ao conceito de administração, e vem ganhando novas significações com o decorrer do tempo. Ainda segundo Lavras, a gestão pode ser conceituada de maneira sistêmica, de natureza política, deixando claro que a gestão se inicia no âmbito local, e necessita de um controle e de uma hierarquia. Portanto, para que haja uma boa gestão, é importante identificar quais os atores envolvidos no processo, a quem se deve gerenciar, quais as especificidades existentes, ou seja, deve-se elaborar um diagnóstico do que se quer gerenciar para que os caminhos sejam traçados de acordo com as necessidades encontradas (KAWASHIMA, 2011).

A longitudinalidade é um princípio imprescindível na Estratégia Saúde da Família visto que é acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de atenção primária em saúde (APS) em todos os níveis do ciclo da vida, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. O conhecimento do paciente proporciona responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente; assim, tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A "continuidade do cuidado" é utilizado de forma semelhante ao de longitudinalidade; porém possuem significados diferente a continuidade do cuidado estar relacionado a um problema de saúde específico e a sucessão de eventos entre uma consulta e outra, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo. E a longitudinalidade consiste no acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Sendo assim, os programas de residência de medicina de família e comunidade surgem como proposta de qualificação para os profissionais que

preferencialmente já atuam na Estratégia Saúde da Família, com abordagem metodológica capaz de induzir as desejadas mudanças na prática médica, voltadas para a essência dos princípios da Atenção Primária (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

A Atenção Básica é uma reorientação no modelo assistencial de saúde proporcionado pelo SUS, inclusive com a ampliação da cobertura e implementação de novas políticas a população. Porém, melhorar a qualidade dos serviços prestados neste nível de atenção ainda é um desafio. A relação entre a longitudinalidade/vínculo longitudinal é oportuno e deve ser almejado e avaliado; juntamente com a continuidade do cuidado que contribui no âmbito geral na diminuição da taxa de internações e maior satisfação do paciente. Assim, ocorre uma revalidação dos princípios doutrinários e organizativos proposto pelo Sistema Único de Saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

CONCLUSÕES

O Sistema Único de Saúde criado em meio a uma reformulação política e econômica no Brasil; também veio para uma reorientação no modelo assistencial de saúde, com uma essência voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças; e não apenas a busca por uma terapêutica curativista, centrada em tratar e curar doenças até então vigente.

A Atenção Primária consiste em um nível complexidade com características particulares como longitudinalidade que consiste no acompanhamento dos pacientes em todos os ciclos da vida; continuidade do cuidado, visando seguimento de terapêutica e tratamento; além dos princípios doutrinários integralidade, equidade e universalidade; e os organizativos regionalização, hierarquização e participação social que visam uma assistência humanizada ao paciente.

A população brasileira é marcada por uma grande diversidade econômica, o que conseqüentemente interfere no estilo de vida das pessoas, assim os determinantes sociais de saúde mostram as condições em que as pessoas vivem e trabalham, as quais apontam tanto para as características específicas do contexto

social que afetam a saúde, como para a maneira com que essas condições traduzem esse impacto sobre a saúde.

A residência médica constitui a mais perfeita modalidade de aperfeiçoamento e especialização em Medicina, pois a formação é baseada na inserção do médico no campo específico da sua residência e sob a supervisão de profissionais de alta qualidade, ou seja, “padrão ouro” de ensino.

A residência médica é melhor forma de qualificar o egresso da Medicina por meio do treinamento em serviço, sempre com a supervisão e acompanhamento de docentes preparados. Para isso, é importante que tenhamos investimentos governamentais que abrangem desde infraestruturas, quanto capacitações de docentes e coordenadores.

Acreditamos que o contato do profissional com a realidade das unidades de saúde poderá contribuir para seu amadurecimento em termos de propostas para superar as dificuldades encontradas, pois ao final do curso ele trabalhará com essa mesma realidade.

Na Atenção Básica atendimento está centrado na pessoa e em sua família, sendo possível tratar quem já sofre de alguma enfermidade, enquanto se previne outras enfermidades que por ventura poderão ocorrer no seio daquela família. É importante considerar que, embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. Ciência saúde coletiva, 21 Maio 2016.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República federativa do Brasil**. Brasília: Senado federal, Centro Gráfico, 1988.

_____, Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Secretaria de Atenção a Saúde. Disponível em:< http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 09 fev. 2018.

CASTRO, V.S.; NÓBREGA-THERRIEN, S.M. **Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma Estratégia de Qualificação**, Revista Brasileira de Educação Médica, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/08.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro**, 2011. Disponível em:< <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16suppl1/1029-1042/>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

DUCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUSSO, G. L.; CERRATTI, J.M. Orgs. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KAWASHIMA, M. M. L. **SAÚDE MENTAL E TRABALHO: significados atribuídos pela equipe da saúde da família ao adoecimento dos usuários**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011. Disponível em:< https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98409/kawashima_mml_me_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09 fev. 2018.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2018.

LIMA, L.D.; CARVALHO, M.S.; COELI, C.M. **Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios**. Cadernos de Saúde Pública, 2018.

LIPPI, M.C.; FLEXA, R. **Estudo da Organização e Gestão de serviços de públicos de saúde em Estratégia de Saúde da Família de um município Brasileiro**. - Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: OPAS, 2011.

RODRIGUES, E.T *et al.* **Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo**. Revista brasileira de educação médica. Rio de Janeiro. Vol. 41, n. 4 (out./dez. 2017), p. 604-614.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. **Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 11, p. 3547-3552, Nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103547&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov. 2018.

SOUZA, M.F. **O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.61, n.2, p.153-158, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200002&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 09 fev. 2018.