

A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE OS PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PEQUENOS MUNICÍPIOS MINEIROS

HEALTH-PROFESSIONAL PERCEPTIONS ABOUT PRIMARY HEALTH CARE PRINCIPLES IN MINAS GERAIS SMALL MUNICIPALITIES

LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LOS PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN PEQUEÑOS MUNICIPIOS DE MINAS GENAIS

Lucas Maia dos Santos

Instituto Federal de Minas Gerais, Campus Sabará
lucas.maia@ifmg.edu.br

RESUMO

As mais recentes políticas públicas de saúde têm colocado a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e como articuladora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), provocando alterações na alocação de recursos deste setor, inclusive, em pequenos municípios. Neste sentido, este estudo tem o objetivo de descrever a percepção de profissionais da área da saúde sobre os princípios da atenção primária em pequenos municípios. Procedeu-se uma análise qualitativa em nove municípios de uma microrregião de saúde, com onze grupos focais, seis entrevistas e dois questionários semiestruturados, tendo a participação de noventa e quatro profissionais e gestores de saúde. Com base na análise de conteúdo convencional, foram obtidos sentidos sobre a compreensão destes profissionais a respeito dos princípios e estes foram descritos e explicados no artigo. Constatou-se que muitas atividades da APS ainda estão em processo de legitimação, que dependem da validade de atores e instituições, em diferentes níveis institucionais.

Palavras chaves: Saúde. Atenção Primária. Finanças públicas. Políticas públicas. Nova Teoria Institucional.

ABSTRACT

The most recent public health policies have placed Primary Health Care (PHC) as the gateway and as articulator of the Health Care Network (HCN), causing changes in the allocation of resources in this sector, including in small municipalities. In this sense, this study aims to describe the perception of health professionals about the principles of primary care in small municipalities. A qualitative analysis was carried out in nine municipalities of a health micro-region, which included eleven focal groups, six interviews and two semistructured questionnaires, with the participation of ninety-four professionals and health managers. Based on the analysis of conventional content, senses were obtained on the professionals' understanding of the principles and these were described and explained in the article. It was found that many PHC activities are still in the process of legitimation, which depend on the validity of actors and institutions at different institutional levels.

Key words: Primary Health Care. Public Finance. Public policy. New Institutional Theory.

RESUMEN

Las más recientes políticas públicas de salud han colocado la Atención Primaria a la Salud (APS) como puerta de entrada y como articuladora de la Red de Atención a la Salud (RAS), provocando alteraciones en la asignación de recursos de este sector, inclusive, en pequeños municipios. En este sentido, este estudio tiene el objetivo de describir la percepción de los profesionales del área de la salud sobre los principios de la atención primaria en pequeños municipios. Se realizaron un análisis cualitativo en nueve municipios de una microrregión de salud, con once grupos focales, seis entrevistas y dos cuestionarios semiestruturados, teniendo la participación de noventa y cuatro profesionales y gestores de salud. Con base en el análisis de contenido convencional, fueron obtenidos sentidos sobre la comprensión de los profesionales respecto a los principios y éstos fueron descritos y explicados en el artículo. Se constató que muchas actividades de la APS todavía están en proceso de legitimación, que dependen de la validez de actores e instituciones, en diferentes niveles institucionales.

Palabras claves: Salud. Atención Primaria. Finanzas públicas. Políticas públicas. Nueva Teoría Institucional.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) busca amenizar a complexidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), mediante as atividades de promoção e prevenção relacionadas à saúde, cuidando do indivíduo com integralidade, de um modo apropriado e equitativo (OZCAN; SMITH, 1998; CARVALHO *et al.*, 2013; MEDEIROS, 2013). Essa forma de organização salienta, por meio de políticas públicas, como a Política Nacional da Atenção Básica, a importância do completo ambiente das comunidades locais e encaixa-se com

setores como educação, transporte, cultura e outros que, historicamente, não eram vistos como complementares para a entrega da saúde (MENDES, 2012; 2015).

A APS propõe uma atuação nos níveis local e regional, por meio de equipes multidisciplinares, com a articulação e integração de indivíduos e das ações coletivas, para promover a saúde pessoal, com resposta focada na necessidade da comunidade e na promoção da participação integral como um direito (CAMINAL *et al.*, 2004; FUENTE *et al.*, 2006; MENDES, 2012; NUNES *et al.*, 2012; PINTO *et al.*, 2012; CARVALHO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013).

A descentralização e a regionalização da saúde promovidas pela APS aumentaram a responsabilidade dos municípios na gestão e execução de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), em especial, daqueles de pequeno porte, tendo em vista que no Brasil mais de 70% deles possuem até 20 mil habitantes (IBGE, 2011; CAMPOS *et al.*, 2013; MEDEIROS, 2013).

Essa responsabilidade foi sendo consolidada, desde 1994, com o Programa de Saúde da Família. Em 2006, o Governo Federal instituiu a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), por intermédio da portaria 648/GM do Ministério da Saúde, buscando fortalecer este nível de atenção. Em 2011, esta política foi reformulada, apontando para a redefinição de princípios, responsabilidades e financiamento.

A partir dos pontos mencionados, destaca-se que a reorganização da RAS a partir da APS tem provocado alterações ainda pouco discutidas sobre a institucionalização da atenção primária, em especial, nos municípios de pequeno porte, em função do contexto histórico da saúde no País (MENICUCCI, 2003) e das próprias peculiaridades destes municípios (CAMPOS *et al.*, 2013; MEDEIROS, 2013; PINTO; GERHARDT, 2013; CARVALHO *et al.*, 2014; GERIGK; PESSALI, 2014; OHIRA *et al.*, 2014; SANTOS; RODRIGUES, 2014). Estes municípios, que historicamente, foram os executores das demandas do estado e do Ministério da Saúde, têm sido, nos últimos dez anos, os principais planejadores e gestores de uma rede complexa regional infiltrada por instituições e atores, pouco conhecidos na área de Administração.

Na problemática proposta, a Nova Teoria Institucional (DIMAGGIO; POWELL, 1983; POWELL; DIMAGGIO, 1991; SCOTT; CHRISTENSEN, 1995) colabora com o preenchimento do “vazio institucional” (HARTZ, 1997) nos estudos da área de saúde, ao dar suporte teórico para que as organizações sejam compreendidas como instituições infiltradas em uma variedade de influências que partem de diferentes esferas da sociedade, como as influências políticas, culturais e econômicas (SCOTT; CHRISTENSEN, 1995; PEREIRA, 2012; SENGE, 2013).

A APS na Saúde Pública é formada por um ambiente amplamente regulamentado, que inclui a participação de diversos atores em níveis institucionais distintos. Desde a Constituição de 1988 – por meio de uma perspectiva macroinstitucional –, diversas leis e políticas públicas buscam normatizar os processos dentro do sistema e a forma como os recursos financeiros públicos são alocados. Porém, as agências provocadas por diferentes atores e instituições – em uma perspectiva microinstitucional – divergem o que foi regulamentado do que foi realmente alcançado na Saúde Pública. Assim, a reorganização do modelo de atenção à saúde tem impactado diversas instituições que formam o sistema de saúde brasileiro, levando em consideração que mudanças institucionais (BARLEY, 2011; BITEKTINE; HAACK, 2015) são motivadas por diversas relações entre atores (microinstituições) e estruturas (macroinstituições).

Com base na abordagem teórica microinstitucional, este estudo propõe-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: neste contexto de mudança institucional, como os profissionais da área de saúde tem percebido os princípios da atenção primária nos pequenos municípios? A questão proposta busca preencher uma lacuna no conhecimento sobre a legitimação da atenção primária como protagonista da rede de atenção à saúde, a partir de uma perspectiva de uma perspectiva neoinstitucional que permite a análise de fenômenos simbólicos, sociais e culturais.

Neste estudo, o conceito de saúde se vê modificado para o conceito de um processo de aprendizagem por meio de condições atuais e anteriores (HARTZ, 1997; MENICUCCI, 2003). A abordagem deste trabalho também leva em conta as intencionalidades humanas e suas interações. A necessidade de considerá-las exige uma multiplicidade de abordagens metodológicas para compreender os fenômenos em sua complexidade (HARTZ, 1997).

Apesar da regulamentação estatal sobre a alocação de recursos na APS, a teoria institucional aborda os atores com suas agências que podem influenciar o modo como essas regras são compreendidas e

aplicadas (SARAVANAN, 2015) e como consequência, geram trajetórias distintas em ambientes distintos. Levando em consideração que as regras institucionais afetam o desempenho das estruturas organizacionais (DIMAGGIO; POWELL, 1983), este estudo buscará compreender a mudança institucional da atenção primária.

Este artigo é composto por 4 seções, além desta introdução. A seguir serão apresentados os estados da arte sobre a regulamentação estatal sobre a rede de atenção à saúde e a atenção primária. Após, serão apresentados os métodos e procedimentos utilizados no estudo. Em seguida, serão apresentados os resultados e a discussão. Por fim, a finalização do artigo será feita nas considerações finais.

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

De acordo com Teixeira e Solla (2006), o debate político que vem se configurando no SUS são de propostas de mudanças do modelo de atenção à saúde, considerando as formas de organização das relações entre sujeitos mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir nos problemas e necessidades sociais de saúde, historicamente definidas.

A atual organização do sistema público de saúde colocou, via políticas públicas, a atenção primária à saúde (APS) como porta de entrada e núcleo da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Desde então, os municípios têm sido cada vez mais responsabilizados pela organização e alocação de recursos financeiros, materiais e humanos neste sistema. Apesar de esta responsabilidade ter sido definida pela Constituição Federal em 1988, diversas regulamentações passaram a ser emitidas pelos governos estaduais e pelo Governo federal após a implementação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde, em 1991, e do Programa de Saúde da Família, em 1993. Em seguida, por meio das publicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006 e 2011, e da Lei 141 de 2012, sobre ASPs (BRASIL, 1988, 2007a, 2007b, 2012, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica, aqui denominada de PNAB 2006 e PNAB 2011, ou outras que, de alguma forma, abordam a APS, como o Programa Saúde na Escola, a Política de Promoção da Saúde e as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, direcionam a APS como centro de referência do sistema de saúde. A Política Nacional da Atenção Básica define a saúde no País de forma muito semelhante à Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2007b, 2010a, 2010b, FONTENELLE, 2011).

Os princípios fundamentais da APS no Brasil são: integralidade, universalidade, qualidade, equidade e participação social. As equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é ampliar suas fronteiras de atuação, visando a uma maior resolutividade da atenção, em que a saúde da família é compreendida como a estratégia principal para a mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2007a).

A PNAB de 2006 foi atualizada pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a nova Política de Atenção Básica. No relatório de Brasil (2012) está descrito que a PNAB de 2011 mudou o desenho do financiamento federal, buscando combinar equidade e qualidade, além de aumentar o volume de recursos investidos.

De forma geral, a nova PNAB manteve a essência da anterior. A maior inovação conceitual desta PNAB em relação à anterior foi reconhecer que a APS se articula com os outros serviços de saúde na forma de redes de atenção à saúde. No que concerne às demais estratégias, observaram-se parcerias com o Ministério da Educação visando à qualificação de profissionais das eSF. Destaca-se, ainda, a inserção da eSF em macropolíticas do Governo Federal, como o acompanhamento das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. Além disso, a implementação da agenda social federal para grupos vulneráveis impôs demandas ao Ministério da Saúde, cuja contribuição se deu por meio da APS, com extensão da cobertura ou criação de incentivos financeiros específicos (BRASIL, 2007b; CASTRO; MACHADO, 2012; FONTENELLE, 2011).

A nova PNAB define também a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em

arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articuladas de forma complementar e com base territorial. A APS é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema.

Na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS torna-se a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária. Seu papel é identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas. A Atenção Primária deve organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Deve utilizar gestão de listas de espera, prontuário eletrônico em rede e protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores e eventos (BRASIL, 2012)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de APS para populações específicas e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e os saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades às quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes. Os NASF fazem parte da APS, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de fluxos e contrafluxos, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e de acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de APS, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto Presidencial 6286, de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde.

MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Entre março de 2014 e agosto de 2015, realizou-se uma análise qualitativa que incluiu nove municípios de uma microrregião de saúde de Minas Gerais. Os dados primários coletados consistiram de evidências de grupos focais, entrevistas, questionários semiestruturado com profissionais da APS e gestores municipais de saúde. Adicionalmente, incluíram-se fotografias, observações não-participante e documentos do governo estadual e federal para complementar as fontes de evidências desta etapa. A gestão de um dos municípios não aprovou a coleta de dados, exceto para a observação não participante e fotografias que analisaram áreas públicas.

A microrregião de saúde analisada está localizada no sudeste do estado de Minas Gerais e é formada por nove municípios. O município referência (número 9) foi mantido na análise por ter profissionais e gestores que detêm informações importantes sobre os municípios menores. A Tabela I descreve algumas características desta microrregião.

Tabela I- Área e população estimada

Município	Extensão	População estimada	Número de Equipes de Saúde da Família	Número de profissionais
1	303,4	8.454	4	32
2	83,4	4.135	3	22
3	175,1	4.729	3	37
4	268,7	9.605	6	48
5	163,8	3.414	3	32
6	285	10.955	5	36
7	152,3	6.991	4	37
8	166,5	11.745	5	66
9	299,4	76.147	17	918

Fonte: Estimativa/IBGE/TCU 2013, DataSUS/2015 e CNES Recursos Humanos no SUS/2015

O interesse pelo significado social que os sujeitos atribuem às experiências, circunstâncias e situações levou ao uso de uma abordagem qualitativa. A integração do grupo focal com entrevistas individuais permitiu a construção de processo interativo que aprofundou as circunstâncias individuais e contextuais em torno do fenômeno, reforçando a confiabilidade dos achados (LAMBERT; LOISELLE, 2008). Os sujeitos entrevistados são os principais responsáveis pela organização e execução da Atenção Primária nos municípios e possuem informações primordiais sobre o cotidiano da saúde.

O Quadro I apresenta algumas das portarias e resoluções selecionadas como referência para complementar as análises, tendo em vista que o setor saúde possui inúmeras regulamentações tanto da União quanto do estado. Estas resoluções e portarias foram escolhidas por serem uma amostra das mais recentes encontradas até a data do início das análises destes dados, em janeiro de 2015 e foram incorporadas na análise de conteúdo juntamente com as outras evidências empíricas.

Quadro I – Portarias e resoluções utilizadas na análise de conteúdo

Resolução SES/MG 4.337, de 21 de maio de 2014	Estabelece as normas gerais de adesão, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro para aquisição de mobiliário e equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS)
Resolução SES/MG 4.584, de 09 de dezembro de 2014	Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro mensal para as Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.
Resolução SES/MG 4.215, de 18 de fevereiro de 2014	Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro do Programa Estruturador Saúde em Casa.
Resolução SES/MG 4.244, de 19 de março de 2014	Institui regras gerais para modificação das propostas contempladas para construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das Resoluções SES/MG nº 3.561, de 7 de dezembro de 2012 e 3.771, de 12 de junho de 2013.
Política Nacional da Atenção Básica (Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011)	Prioridade da Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e participação social.
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Portaria 2.666, de 4 de dezembro de 2014)	Programa com objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS.
Indicadores municipais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015	Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014-2015, estabelecidos pela resolução 5 da Comissão Intergestores Tripartite, de 19 de junho de 2013.

Fonte: Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2015)

A Tabela 2 apresenta informações sobre os grupos focais, entrevistas e questionários semiestruturados. Foram realizados onze grupos focais, seis entrevistas e dois questionários semiestruturados. Neste processo, participaram noventa e quatro sujeitos, incluindo profissionais da Atenção Primária e da gestão municipal de saúde, com um tempo total de gravação de áudio de onze horas

e vinte minutos. As gravações foram analisadas juntamente com as fotografias, relatórios de observações não participantes e as portarias e resoluções selecionadas na análise de conteúdo convencional.

Procedeu-se à transcrição *verbatim* de cada gravação, incluindo notas sobre alguma interação importante observada durante o grupo focal e entrevista. Na etapa seguinte, concomitantemente, analisou-se o conteúdo das discussões, fotografias, observações não participantes, resoluções e portarias utilizando a técnica de análise de conteúdo convencional (HSIEH; SHANNON, 2005; BERG; LUNE, 2014). Por meio do software NVivo 9, foram agrupados, simultaneamente em um único arquivo, as análises simultâneas das diferentes fontes de evidências utilizadas neste estudo. Nesta técnica, as categorias codificadas foram derivadas diretamente dos dados, por meio de similaridades de palavras, imagens e sentidos.

Na aplicação da análise de conteúdo, inicialmente, realizou-se uma completa audição, leitura e interpretação de todas evidências coletadas. Em seguida, cada evidência foi analisada separadamente em busca de palavras-chaves que estariam associadas ao objetivo deste estudo. Baseando-se em similaridades, as palavras chaves, que poderiam ser frases, parágrafos, fotos ou observações, foram codificadas, formando os significados que foram apresentados nos resultados. Algumas palavras-chaves foram apresentadas para ilustrar os sentidos adquiridos pelo pesquisador na análise dos resultados. A identificação de palavras chaves, considerou o processo interativo de coleta de dados entre diferentes sujeitos e diferentes perspectivas, sendo uma construção social e não individual. As palavras chaves que ilustram as análises serão identificadas pela fonte de evidência e o município de origem, não pelo sujeito participante que teve a identidade mantida sob sigilo.

Tabela 2 – Informações sobre a coleta de dados primários: grupos focais, entrevistas e questionários semiestruturados

N	Município	Tipo	Quantidade	Participantes	Duração	Data
1	Município 2	Grupo Focal	4	1 médico, 2 enfermeiros, 1 fisioterapeuta	33 min	26/08/2015
2	Município 2	Entrevista	1	1 secretário municipal de saúde	1h53min	06/08/2015
3	Município 3	Grupo focal	16	10 ACS, 1 nutricionista, 2 dentistas, 2 enfermeiros, 1 técnico de saúde bucal	32 min	07/11/2014
4	Município 3	Questionário semiestruturado	1	1 médico	-	20/08/2015
5	Município 4	Grupo focal	7	1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 coordenadora da Atenção Primária (enfermeira), 3 ACS.	1h13min	03/11/2014
6	Município 4	Grupo focal	14	10 ACS, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem.	1h07min	20/11/2014
7	Município 4	Grupo focal	9	5 ACS, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 enfermeira, 1 secretário municipal de saúde	46 min	20/11/2014
8	Município 5	Entrevista	1	1 médico	24 min	06/07/2015
9	Município 5	Grupo focal	11	5 ACS, 1 nutricionista, 2 dentistas, 2 enfermeiros, 1 técnico de saúde bucal.	45 min	25/02/2015
10	Município 5	Entrevista	1	Secretário municipal de saúde	39 min	21/08/2015
11	Município 6	Grupo focal	4	1 coordenadora do ESF (fisioterapeuta), 2 ACS, 1 enfermeira	28 min	27/04/2015
12	Município 6	Entrevista	1	1 secretário municipal de saúde	21 min	27/04/2015
13	Município 7	Entrevista	1	1 médico	21 min	04/08/2015
14	Município 7	Grupo focal	5	1 coordenador do ESF (enfermeiro), 3 técnicos de enfermagem, 1 ACS	41 min	04/08/2015
15	Município 7	Grupo focal	2	1 coordenadora de epidemiologia municipal, 1 coordenadora da vigilância sanitária	30 min	06/08/2015
16	Município 8	Grupo Focal	4	1 coordenadora da estratégia de saúde da família (enfermeira), 2 enfermeiros, 1 secretário municipal de saúde	21 min	06/08/2015
17	Município 9	Questionários semiestruturada	1	1 médico	-	30/04/2015
18	Município 9	Grupo Focal	10	1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 7 ACS	19 min	21/08/2015
19	Município 9	Entrevista	1	1 secretário municipal de saúde	27 min	21/08/2015
Total			94		11h20 min	

Fonte: Resultados da pesquisa

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os princípios da APS são percebidos como importantes para os profissionais da Atenção Primária e os gestores municipais de saúde envolvidos, principalmente o acesso, a equidade, a integralidade, a participação social, a promoção e a prevenção. Essa percepção mostra a influência do Estado sobre as ações dos sujeitos analisados e sobre a reorganização do modelo de atenção à saúde nestes municípios. Os participantes relataram sobre os esforços para alcançar alguns destes princípios, porém destacaram pontos fracos que limitam o alcance por completo. Eles revelaram que alguns princípios podem, ao mesmo tempo, ser um ponto positivo e negativo, dependendo da comunidade atendida. Por exemplo, no caso da acessibilidade, uma comunidade pode ter obtido melhorias no acesso com a inauguração de uma nova UBS, enquanto outra comunidade que ainda possui problemas de infraestrutura apresenta limitações. Então, existem diversas particularidades no cotidiano do trabalho dos profissionais e nas comunidades, variando do sucesso ao fracasso dentro de um mesmo município.

Destaca-se a ampliação do acesso e da cobertura obtida a partir da expansão da Atenção Primária. A trajetória do setor saúde destes pequenos municípios esteve vinculada à falta de acesso aos procedimentos de saúde. A APS também trouxe amplitude na cobertura, com equipes multidisciplinares e com o trabalho da busca ativa que não era utilizado nos modelos de atenção predominante no País antes da PNAB. Porém, a inserção de novos profissionais na saúde destes municípios ainda é um fenômeno recente, incluindo aqueles profissionais não médicos que estão no município a menos de cinco anos, principalmente os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Percebe-se que o maior acesso e cobertura é uma das particularidades dos pequenos municípios, principalmente, por causa da menor razão entre população e equipes de saúde, da maior proximidade entre indivíduos e da informalidade no processo de comunicação. Isso também ficou evidente na comparação dos municípios menores com seu município referência, que possui a maior população e uma Rede de Atenção à Saúde mais completa, com serviços de média e alta complexidade. O município 9 (referência da microrregião de saúde) possui, aproximadamente, 70% de cobertura, o que equivale ao menor percentual entre os municípios da microrregião. Os participantes destacaram que a maioria dos pequenos municípios possui quase 100% de cobertura de APS. Então, o tamanho da população e as características dos pequenos municípios influenciam o acesso e a cobertura. A cobertura de, aproximadamente 100%, inclui a maioria dos programas oferecidos à população, como Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF, CRAS, Mãe de Minas, Farmácia Popular e Saúde em Casa. Na maior parte dos casos analisados, duas ou três equipes de saúde dividem a área urbana e a rural do município. Porém, a infraestrutura e o acesso são melhores na zona urbana do que na zona rural.

“O que eu acho aqui que é muito bom [...] é o número de população para cada equipe (...). Tem locais que, tipo assim, uma equipe tem cinco mil habitantes, uma equipe tem quatro mil habitantes. Aqui não, cada equipe tem dois mil habitantes. (...) Se fosse mais do que isso, talvez a gente não daria conta, igual em outros locais.” - Transcrição 1 – Município 2.

Apesar da expansão mencionada, ainda se pode questionar se o acesso e a cobertura estão sendo alcançados com equidade. Perceberam-se debilidades nas estruturas das UBS, mesmo aquelas mais recentes. Entre essas debilidades citam-se: a falta de acesso para pessoas com necessidades específicas, a divisão e compartilhamento de espaços, prejudicando a alocação das equipes em salas e o atendimento do usuário. Em uma mesma UBS foram encontrados profissionais que trabalham com estrutura adequada, enquanto outros não. Outro ponto é que, algumas vezes, apesar de existir o acesso, este não vem sempre na hora que o usuário necessita. O acesso também esbarra nas limitações da integralidade da RAS.

Nesses municípios, a APS é o principal contato do cidadão com o sistema de saúde. Além do acesso e da cobertura, a integralidade foi destacada como uma das diretrizes importantes e que ainda precisa evoluir. O fluxo e o contrafluxo dos usuários não têm funcionado corretamente, causando problemas no cuidado da saúde. Observou-se que o problema da integralidade está tanto dentro do município, por causa de questões gerenciais e tecnológicas, como também nos demais níveis da rede de atenção, que ainda focam

apenas na doença e não repassam informações para que o contrafluxo seja realizado. A média e a alta complexidade ainda não se comunicam com a Atenção Primária dos pequenos municípios analisados.

A gestão de recursos materiais e humanos também é um fator que influencia a integralidade, tendo em vista que os municípios apresentam problemas com logística de transporte, falta de infraestrutura adequada, insumos e falta de vagas para exames e consultas especializadas. A integralidade foi relatada como um problema de toda a RAS e que não depende somente da Atenção Primária do município, mas também dos outros níveis de atenção. Foi constatada a deficiência na organização da rede para fluxo de informações ao longo dos níveis de atenção, sendo que o foco da operação se concentra na realização de encaminhamentos.

Com relação às práticas de promoção e prevenção, identificaram-se aquelas voltadas para a produção de serviços e para o encaminhamento dos usuários para especialidades, urgências e emergências. As práticas de prevenção estão limitadas aos indicadores das resoluções estaduais e federais que condicionam a transferência de recursos financeiros e as ações de promoção às palestras esporádicas. Foi relatado que os municípios têm apresentado uma demanda espontânea que tem superado a oferta de serviços de urgência e emergência do município. Isso tem resultado na coexistência de uma Atenção Primária com a proposta de reorganização do sistema de saúde, com uma Atenção Primária que ainda foca no atendimento da demanda espontânea e com baixa resolutividade. Isso vem de uma trajetória do sistema de saúde. Algumas questões simbólicas reforçam a coexistência de modelos de Atenção Primária, como o funcionamento de UBS em hospitais desativados e o fato de a população se referir às UBS como hospitais.

As atividades de promoção e prevenção que os profissionais e gestores relataram têm focado em gestantes, idosos, crianças, hipertensos, diabéticos, usuários de álcool e drogas e beneficiários do Bolsa Família.

(...) é um desafio muito grande, porque quando você recebe um paciente, você está esperando que o paciente venha até você. É muito mais fácil que é o caso da urgência. Na urgência, o paciente chega, e você precisa resolver o problema dele ali (...), e acabou. Agora, na Atenção Básica, não; é você que tem que falar com ele que precisa dele ali. Ele não está vendo que ele precisa. Então, é bem desafiador. – Transcrição 5 – Município 4

A melhoria do acesso e da qualidade da saúde nestes municípios ainda é percebida pelo acesso ao profissional médico e as especialidades. Houve reclamações de faltas de especialidades, consultas e exames, o que leva a refletir se a Atenção Primária está sendo resolutiva, como tem sido proposto pelas políticas públicas, ou se está dando acesso aos usuários aos serviços de média e alta complexidade que eram escassos sem a Estratégia de Saúde da Família. Os participantes percebem como um desafio a busca ativa do usuário e a mudança de sua percepção de que a saúde não deve ser tratada somente no momento de doença.

Existe uma demanda latente no município manifestada com a introdução da Atenção Primária e que tem superado a oferta, principalmente com relação às especialidades e exames. De outro lado, a própria limitação da oferta de serviços especializados e de procedimentos nos outros níveis da Rede de Atenção à Saúde tem obrigado os profissionais da Atenção Primária a resolverem os problemas ali mesmo, dentro do município, tornando-a mais resolutiva.

(...) Mas aqui tem o apoio do NASF, tem fisioterapeuta na unidade, fonoaudiólogo, dentista. Então, a população tem acesso à muitas especialidades que em alguns locais eu não vejo. (...) Não é só o médico, porque, às vezes, o olhar é muito voltado para o médico, né, (...) mas existem muitos outros profissionais que auxiliam da mesma forma na atenção à saúde. – **Transcrição 6 – Município 4**

Uma mudança importante que vem acontecendo no setor saúde destes municípios é a incorporação de diversos profissionais além do médico na produção da saúde. Se antes o município buscava resolver os problemas de saúde somente por meio do profissional médico, a partir de então tornam-se presentes diversos profissionais, que buscam resolver diferentes problemas nas comunidades. Observou-se preocupação com o ambiente psicológico e social do cidadão para produzir saúde, com relatos de que estas ações são recentes nos municípios. De outro lado, ainda existem barreiras a serem superadas, pois apesar do aumento da quantidade e da qualidade dos profissionais, ainda falta comunicação entre eles e

reconhecimento da sociedade sobre o papel destes no sistema de saúde. Também, houve relatos de que existem profissionais que ainda não compreendem seu papel na APS e focam no encaminhamento de pacientes para especialidades.

(...) todo mundo tem um acesso igual. Agora está precisando mais é um caso de câncer, a saúde volta para ele. Aí, a gente usa equidade. Ah! Um caso de tratamento no Rio de Janeiro. Pode ser rico, milionário, o que for. Falar que eles vão pagar, eles não vão. Aí a gente volta para ele. Esses dois, a universalidade e integralidade, a gente volta para eles, junto com a equidade. – Transcrição 10, Município 5.

Outro ponto destacado nesta categoria foi a equidade. A ampla cobertura das equipes de Atenção Primária, a menor proporção de população por equipes de saúde, a existência de relações informais, clientelismo político e similaridade do nível de renda dos cidadãos destes municípios, tudo isso levou os participantes a destacarem a equidade. A limitação da oferta de serviços na RAS costuma trazer debates entre os profissionais e a gestão sobre quais indivíduos mais necessitam de certos tipos de serviços. Então, surgem diversos fatores que impactam a equidade da atenção.

A maior proximidade da gestão municipal e dos profissionais de saúde com a população facilita a identificação das principais necessidades da comunidade e dos indivíduos com atendimento prioritário. Porém, mesmo assim ainda existem laços informais e intervenções políticas que distorcem a hierarquia de necessidades e causam inequidades na saúde municipal.

(...)A maioria tem bolsa família, tem quem trabalha, tem um monte de gente que tem aposentadoria dentro de casa. Por exemplo, a minha área é zona rural, muito extensa. (...) São aqueles menos favorecidos de verdade. [...] Então, hoje não tem essa diferença de quem que é SUS é aquele que tem poder aquisitivo baixo não. Hoje, a briga pelo SUS é todo [nome do município]. Em cidade pequena, mas acho que em todos municípios a realidade é a mesma. Todo mundo, desde aqueles mais ou menos favorecidos, [até] aqueles que moram na mansão, quer o mesmo exame daquele que mora lá debaixo da ponte (...)” – Transcrição 15, Município 7

Mas uma questão destacada é que, muitas vezes, indivíduos com maior necessidade de atenção à saúde não procuram os centros de atendimento por falta de recursos para ir até lá, por falta de instrução sobre a necessidade do atendimento ou por não receber outro profissional que não seja o profissional médico. Geralmente, isso mostra como a busca ativa, a educação e as atividades de vigilância em saúde são importantes para amenizar as inequidades da atenção à saúde.

Seja as agentes na casa do paciente, sejam os profissionais do NASF, juntamente com as enfermeiras, fazendo os grupos, seja exames, todos participam. (...) De promoção existem os grupos educativos, (...) grupos operativos já existentes que é o hiperdia, puericultura, pré-natal (...). A prevenção inclui os exames que são feitos, exames de sangue, mamografia, preventivos. (...) Dentro dessas atividades, (...) tem a questão do PSE (Programa Saúde na Escola) que também é executado. (...) e aqueles calendários que já são predeterminados, né; Outubro Rosa, Novembro Azul. São atividades de prevenção (...). E o principal também são as visitas domiciliares que as agentes de saúde que fazem, né, que eu acho que é o principal canal. (...) Tem o grupo da terceira idade também que a gente participa ativamente. (...) – Transcrição 5, Município 4.

As atividades de prevenção e de promoção são outro ponto importante observado nas evidências coletadas. De outro lado, apesar de as Políticas Públicas incentivarem ações de promoção e prevenção, percebe-se que elas estão vinculadas aos instrumentos de financiamento baseados em quantidade de produção de serviços. Conquanto no nível macroinstitucional, o governo estadual e o Governo Federal, tenham se esforçado, mediante o uso de regulamentos, para mudar a estratégia da saúde, no nível microinstitucional existem agências de atores que buscam adaptar essas metas as suas condições comunitárias de escassez de recursos e, mesmo, oportunistas. Essa coerção tem tornado o pequeno município como “caçador de transferências financeiras”, focando mais nas metas do que nas necessidades da comunidade. Para exemplificar o impacto da agência microinstitucional na estratégia macroinstitucional pela “coerção da transferência”, analisam-se três relatos de diferentes sujeitos.

Apesar de a estratégia induzir ações de ação e promoção, no nível microinstitucional têm-se agências que interpretam estas políticas públicas e podem transformá-las em ações pouco humanizadas. Da publicação da estratégia até a execução das atividades existem diversos fatores que influenciam o processo que não são captados somente por uma análise macro institucional.

Nós temos um departamento de Vigilância em Saúde, que trabalha muito bem a questão dos indicadores e das metas. Então, a interação da Atenção Básica, Atenção Primária, com esse Departamento de Vigilância em Saúde no acompanhamento desses indicadores e dessas metas tem feito de maneira bastante importante e traz resultados para nós tanto com relação aos resultados assistenciais, como com relação aos indicadores de assistência também. E são importantes porque você, atingindo determinadas metas, determinados indicadores de assistência (...) você tá... isso redundava em vinda de recursos, de incentivos e tal. – Transcrição 19, Município 9

Observou-se com os resultados apresentados que muitas atividades da atenção primária ainda estão em processo de legitimação, evidenciando a mudança institucional. Aspectos simbólicos dentro dos municípios, assim como, as ações dos participantes, mostram que a Atenção Primária, conforme esperado pelas políticas públicas, ainda tem um longo caminho para ser estabelecida como porta de entrada e organizadora da RAS. Os princípios da atenção primária são reconhecidos pelos profissionais, no entanto, precisam ser melhorados conforme foi debatido. Adicionalmente, percebe-se que essa legitimação ainda depende de outros atores e instituições, em diferentes níveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou como os profissionais da saúde compreendem os princípios da atenção primária à saúde em pequenos municípios de uma microrregião de Minas Gerais. Com o atingimento deste objetivo foi possível constatar que existem fatores em um nível microinstitucional que influenciam a mudança institucional na APS e, em consequência, influenciam o desenvolvimento de toda RAS e a implementação de políticas públicas de saúde no estado de Minas Gerais – por exemplo, observa-se a divergência entre as propostas da PNAB e os resultados obtidos neste estudo. E este estudo procurou descrever os fenômenos e agências dos atores envolvidos no sistema.

Os atores envolvidos no sistema de saúde brasileiro ainda carregam uma trajetória de um sistema médico hospitalar e convivem com a coexistência do sistema público e do sistema privado. Também convivem com a coexistência de um modelo de saúde baseado na demanda espontânea e de uma nova proposta baseada na prevenção e promoção.

A atenção primária tem conseguido ser eficaz no aumento da cobertura, porém esse aumento amplia problemas da integralidade da rede. Esse problema acaba impactando no atingimento de outros princípios, como a continuidade do cuidado, a participação social e a própria universalidade.

As mudanças do ambiente institucional são evidentes e o processo de legitimação das políticas públicas ainda possui um longo caminho, com o desafio de incluir a participação social neste contexto, que foi tão importante na constituição do SUS na década de 1980.

É perceptível a mudança do sistema de saúde com a ampliação do acesso e aumento do número de procedimentos preventivos. Porém, não há produção de ações preventivas emancipatórias para o usuário. Os municípios ainda estão presos às metas, às operações de curto prazo e não gerem estrategicamente seu sistema de saúde. Apesar dos avanços da APS, como a ampliação do acesso da população, principalmente a menos favorecida, ao sistema de saúde, ela ainda não se constitui um sistema de saúde que alcançou a colaboração setorial, empoderamento individual, mobilização social, participação comunitária e promoção da saúde.

O Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde estão repassando o controle e a gestão da saúde para os municípios, mais por instrumentos financeiros e menos por vias que assimilem cognitivamente as novas atribuições da APS na RAS. Como consequência, observam-se municípios focados na produção de procedimentos desconexos. Existem evidências de que a expansão da APS tem

proporcionado mais acesso para outros níveis de atenção, principalmente, em função da demanda manifesta, sem que haja um esforço para torná-la, estratégica e resolutive.

A APS tem focado na população com menor renda, o que pode ser simbolicamente observado nas características da infraestrutura que está sendo construída. A infraestrutura se diferencia dos modelos de clínicas privadas que prestam serviços, por exemplo, no município referência, como pode ser observado nas fotos disponíveis no anexo deste estudo.

Desta forma, a gestão pública precisa estar ciente sobre as dificuldades para se alcançar os princípios da atenção primária para que políticas públicas possam ser planejadas com o intuito de superá-las. É esperado que em um ambiente de mudança institucional essas dificuldades surjam e a legitimação destes princípios dependerá da redução destas dificuldades.

REFERÊNCIAS

- BARLEY, S. R. Signifying institutions. *Management Communication Quarterly*, v. 25, n. 1, p. 6, 2011.
- BERG, B.L; LUNE, H. **Qualitative Research Methods for the Social Sciences**. 8th edition. Boston: Person Education, 2014.
- BITEKTINE, A.; HAACK, P. The macro and the micro of legitimacy: toward a multilevel theory of the legitimacy process. *Academy of Management Review*, v. 40, n. 1, p. 26, 2015.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988, 292p.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Agência Nacional De Saúde Suplementar. **Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar: manual técnico** (2ª Ed Revisada), Rio de Janeiro: ANS, 2007a. 168 p.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 6,286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 2007b. Acesso em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm>. Acesso em 15 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (3ª ed.). Série B. Textos Básico de Saúde n. 7, Ministério da Saúde: Brasília, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 15 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p. ISBN 978-85-334-1895-0.
- CAMINAL, J.; STARFIELD, B.; SÁNCHEZ, E.; CASANOVA, C.; MORALES, M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*, v. 14, n. 3, p. 5, 2004.

CAMPOS, D.; HADAD, C.; ABREU, D.M.X.; CHERCHIGLIA, M.L.; FRANÇA, E. Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 9, 2013.

CARVALHO, B. G., PEDUZZI, M.; NUNES, E.F.P.A.; LEITE, F.S.; SILVA, J.A.M.. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 8, 2014.

CARVALHO, H. S. V. C.; ROSSATO, S.L.; FUCHS, F.D.; HARHEIM, E.; FUCHS, S.C. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 9, 2013.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. M. A política federal de Atenção Básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, 447-506p., 2012.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. **American Sociological Review**, v. 48, n. 2, p. 15, 1983.

FONTENELLE, L. F. **Estratégia Saúde da Família e Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura**. 2011. Dissertação (Mestre em Medicina) - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: 2011. 44f.

FUENTE, D. O. D. L.; PINO, B.J.F.; BLANCO, V.F.; ALVAREZ, A.R. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. **European Journal of Public Health**, v. 17, n. 2, p. 6, 2006.

GERIGK, W.; PESSALI, H. F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipal de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 19, 2014.

HARTZ, Z. M. D. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. FIOCRUZ. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997. 132 p.

HSIEH, H; SHANNON, W.S.E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. **Qualitative Health Research**, v.15, n.1277, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Divisão Regional. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default_div_int.shtm?c=1>. Acesso em: 20 jul. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE.-. **Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, p.149. 2011.

LAMBERT, S.D.; LOISELLE, C.G. Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n.2, 2008.

MEDEIROS, C. R. G. **Redes de Atenção em Saúde: o dilema de pequenos municípios**. 2013. 203p - (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** I^a. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à saúde.** I^a. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. 193 p.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** 2003. – Tese (Doutorado em Sociologia e Política). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CiB-SUS/MG n° I,979, de 18 de novembro de 2014. **Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014.** Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais.

NUNES, A. A.; CACCIA-BAVA. M.C.G.G.; BISTAFA, M.J.; PEREIRA, L.C.R.; WATANABE, M.C.; SANTOS, V.; DOMINGOS, N.A.M. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básica de Saúde Tradicionais: contribuições do PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 6, 2012.

OHIRA, R. H. F.; JUNIOR, L. C.; NUNES, E. D. F. P. D. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 7, 2014.

OZCAN, Y. A.; SMITH, P. Towards a science of the management of health care. **Health Care Management Science**, v. 1, n. 1, p. 1 - 4, 1998.

PEREIRA, F. A. D. M. A evolução da teoria institucional nos estudos organizacionais: um campo de pesquisa a ser explorado. **Organizações em contexto**, v. 8, n. 16, p. 20, 2012.

PINTO, J. M.; GERHARDT, T. E. Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 2, p. 22, 2013.

PINTO, R. M.; SILVA, S. B. D.; SORIANO, R. Community Health Worker in Brazil's Unified Health System: a framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. **Social Science & Medicine**, v. 74, n. 1, p. 7, 2012.

POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J., Eds. **The New Institutionalism in Organizational Analysis.** Chicago: University of Chicago Press. 1991.

SANTOS, D. L.; RODRIGUES, P. H. D. A. Política, Atenção Primária e acesso a serviços de média e alta complexidade em pequenos municípios. **Saúde e Debate**, v. 38, n. 103, p. 12, 2014.

SARAVANAN, V. S. Agents of institutional change: the contribution of new institutionalism in understanding water governance in India. **Environmental Science & Policy**, v. 53, part b, p. 225-235, 2015.

SCOTT, W. R.; CHRISTENSEN, S. (Ed.). **The Institutional Construction of Organizations.** London: Sage Publications, v.1, 1995.

SENGE, K. The New Institutionalism in Organization Theory: bringing society and culture back in. **The American Sociologist**, v. 44, n. 76, p. 19, 2013.

SILVA, L. S. D.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 34, n. 5, p. 8, 2013.

TEIXEIRA, C.F., SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]**. Salvador: EDUFBA, 2006. 237 p. Sala de aula, series nº3. ISBN 85-232-0400-8. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 15 jun. 2013.