



RELATO DE EXPERIÊNCIA

A IMPORTÂNCIA ESTRUTURAL DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA ENQUANTO GARANTIA DOS PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pedro Henrique Carvalho Cruz de Oliveira¹; Denise Mota Araripe Pereira Fernandes²; Marcela Carneiro Borges¹; Gilberto Vieira Pannunzio¹.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde tem como atributo essencial ser porta de entrada e acesso de primeiro contato, funcionando como eixo central do Sistema de Saúde, mas para isso precisa superar alguns desafios, como a infraestrutura, que ainda se encontra aquém do esperado. Para melhorar a infraestrutura, a avaliação constante é essencial, sendo a autoavaliação muito útil nesse processo. **Objetivo:** Relatar a experiência da fragmentação do cuidado das pessoas assistidas por uma equipe de Saúde da Família, que foi deslocada do espaço onde atuava pela necessidade de reparos estruturais. **Metodologia:** O Estudo utilizou o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, aplicado pelos médicos, para analisar a infraestrutura e os equipamentos disponíveis durante o funcionamento provisório da Unidade em outro espaço, relatando os impactos no serviço ofertado. **Resultados e Discussão:** Essa mudança, mesmo buscando melhorias, representou prejuízo no cuidado, rompendo com os atributos da Atenção Primária e prejudicando o processo de formação dos médicos residentes. **Conclusão:** A interdição de uma Unidade de Saúde atinge todas as partes envolvidas: usuários; comunidade; profissionais; e gestão, sendo assim, torna-se imprescindível a participação de todas no planejamento desse período, de modo que os impactos sejam minimizados.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Estrutura dos Serviços.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care has the essential attribute of being the gateway and first contact access, functioning as the central axis of the Health System, but for that it needs to overcome some challenges, such as infrastructure, which is still below expectations. To improve the infrastructure, constant assessment is essential, with self-assessment being very useful in this process. **Goal:** To report the experience of the fragmentation of care for people assisted by a Family Health team, which was displaced from the space where it worked due to the need for structural repairs. **Methodology:** The Study used the Self-Assessment instrument for Improving Access and Quality of Primary Care, applied by physicians, to analyze the infrastructure and equipment available during the temporary operation of the Unit in another space, reporting the impacts on the service offered. **Results and Discussion:** This change, even seeking improvements, represented a loss in care, breaking with the attributes of Primary Care and harming the training process of resident physicians. **Conclusion:** The interdiction of a Health Unit affects all parties involved: users; community; professionals; and management, therefore, the participation of all in the planning of this period becomes essential, so that the impacts are minimized.

Keywords: Primary Health Care. Family Health. Structure of Services.

1. Residente de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. .

2. Docente e coordenadora da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, vários autores definiram em princípios a Atenção Primária à Saúde (APS), desde conceitos internacionais, como o determinado na Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) realizada em Alma Ata, aos nacionais, tais como: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada em 2017, dentre outros. Tais definições têm em comum alguns pontos bem consolidados na definição Starfield (1994) que estrutura a APS em atenção de primeiro contato, dada continuamente, integral e coordenadora do cuidado, proporcionando assistência à população sem distinção de gênero, doença ou sistema orgânico.

De acordo com Vouri (1984), o conceito de APS pode ser interpretado de quatro maneiras, organizadas hierarquicamente em: como cesta de serviços, como nível de atenção, como estratégia de organização dos serviços de saúde e como filosofia. O Brasil utiliza-o como nível de atenção, enquanto que diversos países da Europa Ocidental já o superaram e pensam a APS como estratégia de organização dos serviços (GUSSO et al., 2019).

Aspectos como assistência integral, contínua, coordenadora do cuidado, servindo como porta de entrada e ofertando um cuidado individual e personalizado (STARFIELD, 2002; VOURI, 1984) nos ajudam a entender como a APS se caracteriza, ou seja, é a espinha dorsal do sistema de saúde, pois desempenha um papel crítico na prevenção, manejo e tratamento de doenças agudas e crônicas. Ao focar na prevenção, intervenção precoce e na promoção à saúde, a atenção primária pode ajudar a reduzir as disparidades e melhorar os resultados obtidos (GUSSO, et al., 2019).

Podemos entender a relevância da APS analisando seus atributos nucleares. A Atenção ao Primeiro Contato é o atributo soberano, mostrando-a como porta de entrada no sistema, possuindo aspectos tanto geográficos quanto sócio-estruturais. A Coordenação é um atributo que conta com ferramentas como a referência e a contrarreferência, para poder compreender o cuidado dentro do sistema. O atributo da

Longitudinalidade mostra que se faz necessário o acompanhamento regular pelo mesmo serviço ao longo do tempo, sendo voltado para as pessoas em toda a sua complexidade, não apenas para um problema em específico. A Integralidade evidencia a importância de que haja uma ampla oferta de serviços na APS, reconhecendo as diferentes necessidades da população para poder ofertá-las (STARFIELD, 2002).

Um ponto significativo para reforçar a importância da APS é a sua resolutividade, ou seja, a parte dos problemas que são resolvidos neste nível sem a necessidade de um encaminhamento para um segundo profissional ou um segundo serviço. No Brasil, há um entendimento de que o número ideal de resolutividade seria a capacidade de resolver por volta de 85% das demandas. No entanto, em países onde a APS já está mais desenvolvida e evoluída, como Inglaterra ou Canadá, esse número pode chegar a 96% (GUSSO, et al., 2019).

Entendendo sua importância e complexidade, percebe-se que a Atenção Primária à Saúde no Brasil é um dos pilares para que o Estado cumpra seu dever consiga ofertar para o seu povo o direito constitucional de uma saúde Universal, Equânime e Integral (BRASIL, 1988).

A realidade nos mostra que a Atenção Primária brasileira, diferente de como foi idealizado na Constituição de 1988, ainda está distante de alcançar uma cobertura universal em saúde, com atenção integral e promovendo equidade. No dia a dia vemos uma infraestrutura frágil e uma insuficiência de recursos materiais que comprometem a qualidade e limitam o funcionamento do serviço ofertado (MOREIRA et al., 2017; SOARES NETO et al., 2016), além de gerar uma insatisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais (SOARES NETO et al., 2016; PAULA et al., 2016). A infraestrutura dos serviços de APS no Brasil é uma questão complexa que envolve múltiplos fatores sócio-econômicos.

Na prática existem diversos obstáculos a serem enfrentados e superados, visando isso, foi elaborado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), visando

implementar uma cultura de avaliação constante e indução da melhoria da qualidade no acesso à saúde. O PMAQ-AB busca avaliar as Unidades no âmbito estrutural, o seu processo de trabalho, bem como a percepção e satisfação do usuário (BRASIL, 2011). Nesse contexto, a autoavaliação é um importante ponto para que se possa promover ações de melhorias nos serviços, dessa forma, foi instituído pela PMAQ-AB, a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), que tem como objetivo auxiliar no registro de resultados da autoavaliação, bem como disponibilizar seu relatório e facilitar seu monitoramento, para melhorar o acesso e a qualidade da APS (BRASIL, 2016).

Tais ferramentas buscam facilitar o entendimento da qualidade do serviço que está sendo prestado, a fim de quantificar e facilitar seu resultado, permitindo inclusive que seja feito um comparativo entre as unidades do país. Bousquat e colaboradores (2017) ao avaliar a tipologia estrutural de 38.812 Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao redor de todas as regiões do Brasil, classificou-as hierarquicamente da mais inferior para a mais superior, como pode ser apreciado a seguir: reprovadas, rudimentares, restritas, regular e referência. Dentre as UBS avaliadas, vemos que ainda 44,1% destas se enquadram como reprovadas, rudimentares ou restritas.

A importância da infraestrutura da APS no Brasil reside no seu potencial para melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades em saúde, ofertando, além do acompanhamento clínico, promoção em saúde, prevenção de doenças e participação da comunidade.

Dessa forma, o estudo objetivou relatar a experiência da fragmentação do cuidado das pessoas assistidas por uma equipe de Saúde da Família, que foi deslocada do espaço onde atuava pela necessidade de reparos estruturais.

2. MÉTODOS

O presente estudo visa relatar a experiência do funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em um

local não projetado para o funcionamento de um estabelecimento de saúde de forma provisória enquanto é realizada a reforma estrutural da USF em questão.

Este trabalho busca relatar uma autoavaliação feita pelos médicos Residentes da infraestrutura do prédio provisório sob a ótica da AMAQ e como isso influencia a qualidade de assistência em saúde prestada à população.

O instrumento utilizado como base para ser a autoavaliação visa analisar as dimensões e subdimensões da APS como organização da rede, processo de trabalho, insumos, educação permanente de profissionais, infraestrutura, dentre outros. Este relato se limita à subdimensão de infraestrutura e equipamentos, visto que foi a mais afetada durante o funcionamento provisório da unidade de saúde em um local não adequado.

A subdimensão busca avaliar a estrutura física adequada, bem como a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários que são indispensáveis para o desenvolvimento da APS. Dentro da infraestrutura e materiais existem 8 padrões que podem pontuar entre 0 e 10 cada, permitindo uma nota que varia entre 0 e 80 para a subdimensão. De acordo com o percentual da nota máxima atingida, a subdimensão pode ser classificada como: muito insatisfatória; insatisfatória; regular; satisfatório; e muito satisfatório, que possuem um percentual de: 0 a 17; 18 a 35; 36 a 53; 54 a 71; e 72 a 90 da nota máxima respectivamente.

Dentro dos padrões, foram avaliados a adequação para o desenvolvimento de ações, consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos para um atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva, cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática, linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desenvolverem suas atividades, materiais e equipamentos necessários para atendimento em caso de urgência e emergência, deslocamento de profissionais para a realização de atividades

externas programadas em veículos oficiais, adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos, possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais.

3. RESULTADOS

Havendo essa mudança no local de atendimento, foi necessária uma mudança no funcionamento da unidade e no fluxo dos atendimentos. Como a associação de

moradores era usada após o horário de funcionamento da USF e aos finais de semana, por questão de segurança, o armazenamento dos prontuários dos pacientes e a Farmácia tiveram que ser mantidos na unidade, mesmo com a reforma em andamento.

Ao realizar a autoavaliação da subdimensão infraestrutura e materiais do prédio provisório sob a ótica da AMAQ chegou-se ao seguinte resultado (Tabela 1).

Tabela 1. AMAQ da Unidade Saúde da Família.

Subdimensão: Infraestrutura e Equipamentos	
Padrão	Nota
A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações.	2
A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva.	2
A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.	0
A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades.	0
A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	1
O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde para a realização de atividades externas programadas, quando necessário, é realizado por meio de veículo oficial.	0
A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.	1
A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa interna em todas as suas dependências e dos profissionais.	0

Fonte: própria dos autores (2023).

No primeiro padrão foi dada a nota 2, tendo em vista que o prédio possuía apenas materiais extremamente básicos e precários de acordo com a regulamentação preconizada, não possuindo acústica, ventilação ou iluminação adequadas. Por falta de segurança, o armazenamento de prontuários teve que ser

mantido no prédio antigo, isso gerou uma limitação significativa na qualidade dos atendimentos, pois como o fluxo de atendimentos na Associação de moradores se dava da seguinte forma: os pacientes chegavam ao local por demanda espontânea, sendo feita a triagem por ordem de chegada

no hall da Associação para atendimento médico não haveria como separar todos os prontuários e trazer para o local por conta do tempo de demora.

Como a maior parte dos atendimentos se caracterizavam por queixas pontuais, eram feitos sem o registro em prontuário. Quando a consulta se tratava de acompanhamento de doenças crônicas ou casos mais complexos, era agendado um dia de consulta e organizado para trazer o prontuário do paciente para a Associação para ser feito o atendimento, o mesmo acontecia com consultas marcadas de Pré-Natal.

Para renovação de receitas, o paciente precisava passar na unidade e solicitar a renovação, posteriormente, no final do turno da manhã, os prontuários eram enviados para a Associação e era feita a renovação das receitas já presentes no prontuário, sendo enviado de volta os prontuários com as receitas renovadas em anexo. Para aquisição de medicamentos prescritos, o paciente necessitava sair da Associação e ir até a USF para que as medicações prescritas fossem fornecidas.

No padrão destinado a avaliar os consultórios a nota obtida foi 2, visto que, no prédio, havia uma limitação do número de salas disponíveis, pois havia apenas duas salas para serem divididas entre três Médicos Residentes, uma Preceptora e dois Enfermeiros. Devido às condições estruturais das salas usadas para atendimentos, houve uma limitação nos serviços ofertados à população, estando suspenso procedimentos médicos, retirada de pontos, atendimentos odontológicos, realização de exame citopatológico e vacinação por não haver possibilidade de armazenamento, mantendo-se a vacinação em domicílio.

Nota 0 foi a nota obtida ao se avaliar a manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais, pois durante todo o período de funcionamento da unidade no prédio provisório não houve sequer uma manutenção.

O padrão que avalia a disposição de linha telefônica e equipamentos de acesso a internet também recebeu nota 0, pois os mesmos não existiam no prédio.

Os equipamentos necessários para o primeiro atendimento em casos de Urgência e Emergência fazem parte de um padrão que recebeu nota 1 pela falta quase completa de materiais, estando presente quase nenhum, apenas glicosímetro e esfigmomanômetro.

O padrão para avaliar se o deslocamento dos profissionais para realização de atividades externas programadas é realizado em veículos oficiais também recebeu nota 0, visto que o mesmo era realizado em veículos particulares dos profissionais.

O acesso para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, analfabetos e idosos era ínfimo no local, estando muito aquém do preconizado, prejudicando o acesso da população. O padrão para avaliar esse acesso recebeu nota 1.

Por fim, o padrão que avalia a identificação externa e interna das dependências da unidade recebeu nota 2. Não havia qualquer identificação externa no prédio que informasse aos usuários que ali estava funcionando uma Unidade Básica de Saúde, os pacientes teriam que receber a informação de outra pessoa para poder saber. Internamente só existia a identificação por que os profissionais imprimiram as identificações de forma amadora para poder auxiliar os usuários.

O total de pontos obtidos nessa autoavaliação foi 8 de um total de 80, representando apenas 10% da nota máxima possível. Tal nota avalia a subdimensão Infraestrutura e Materiais como muito insatisfatória, sendo a categoria mais inferior dentre todas.

4. DISCUSSÃO

A situação precária da infraestrutura das USF nas regiões Norte e Nordeste é uma realidade (KASHIWAKURA, et al., 2021), não sendo diferente na Unidade Integrada Ilha do Bispo. No entanto, a situação se agravou significativamente quando em Maio de 2022 o teto de uma das salas de atendimento médico caiu, por sorte a equipe estava em horário de almoço, não estando ninguém na sala no momento, o que evitou acidentes com profissionais.

Após o ocorrido, foi acionado o Conselho Regional de Medicina da Paraíba que interditou no mesmo mês a USF para atendimentos médicos. Com a Unidade interditada, a Prefeitura Municipal de João Pessoa optou por iniciar uma reforma em todo o local, visto que após uma visita técnica, constatou-se que o teto de toda a Unidade estava inseguro e poderia vir a cair em outros locais.

Diante da situação, em conversa entre os Médicos residentes, a Médica Preceptora e a Coordenação da Residência foi optado por procurar um novo local para serem realizados os atendimentos médicos no mesmo bairro enquanto ocorria a reforma, pois a outra alternativa seria realocar os Médicos Residentes em outras Unidades Básicas que também são vinculadas a Residência Médica, contudo, se assim fosse feito, a população local ficaria desassistida, tendo que se deslocar para a USF mais próxima em busca de atendimento.

Tentou-se alguns locais do bairro para mantermos os atendimentos, porém o único local que aceitou receber a Equipe de Saúde da Família foi uma associação de moradores do bairro, que fica a cerca de 400 metros da USF, sendo uma alternativa mais viável para manter a população com atendimento médico local.

Fica evidente os prejuízos tanto para os profissionais quanto para a população o funcionamento da Unidade de Saúde em um prédio que não é destinado para tal. Os atributos definidos por Starfield (1994) foram feridos durante esse processo, tais como: a falta de acessibilidade e de identificação do prédio prejudicou a atenção ao primeiro contato, aquém do que é esperado, pois muitas vezes os pacientes não sabiam onde procurar o auxílio e quando encontravam, o atraso provocava limitações que a falta da acessibilidade proporciona.

A Coordenação e a Longitudinalidade ficaram prejudicadas com o fluxo, visto que a falta de prontuário em parte das consultas empobreceu o acompanhamento, impedindo que o profissional oferecesse cuidado abrangente e de qualidade, enfraquecendo a relação médico-paciente.

Contudo, o atributo mais prejudicado foi a Integralidade. Com a ausência de certos serviços, como pequenos procedimentos, atendimento odontológico, atendimento com enfermagem reduzido, vacinação e primeiro contato em urgência e emergência, a atenção ao paciente em toda a sua totalidade e complexidade ficou em risco, enfraquecendo o cuidado e obrigando o paciente a se deslocar para outra unidade a fim de ter sua necessidade em saúde contemplada, prejudicando assim, inclusive os outros atributos.

Além disso, o processo de formação dos Médicos Residentes em Medicina de Família e Comunidade foi prejudicado, pois a maior parte da formação do especialista consta de atividades práticas no âmbito da Atenção Primária na Unidade de Saúde que o residente está alocado. Sendo assim com o ambiente precário e com tantas dificuldades para ofertar um cuidado pleno para a população, a prática do médico fica bastante limitada, sobretudo pela falta de insumos necessários para outros âmbitos de atuação que não sejam apenas uma consulta clínica usando de suporte apenas um estetoscópio. Para a solidificação de um bom Programa de Residência Médica, é necessário que, além de outros investimentos, haja o investimento na parte estrutural (ABEM, 2011).

Ao fortalecer a Atenção Primária à Saúde, o Brasil pode reduzir a sobrecarga e as internações em hospitais e pronto-socorros (PIRES, 2010). A infraestrutura da atenção primária no Brasil desempenha um papel crítico no sistema de saúde do país. No entanto, ainda existem muitos desafios que precisam ser enfrentados para garantir que todos os brasileiros tenham acesso a serviços de atenção primária de qualidade.

No geral, a infraestrutura da atenção primária é um componente vital do sistema de saúde do Brasil. Investir na atenção primária pode levar a melhores resultados de saúde, reduzir custos de saúde e promover a equidade na saúde. A avaliação constante e objetiva dos serviços, seja por entidades ou uma autoavaliação, feita por profissionais ou usuários, pode servir como direcionamento para a alocação de recursos destinados à superação dos entraves estruturais, de modo a

priorizar os locais com as notas mais baixas nessas avaliações. À medida que o Brasil continua a enfrentar os desafios do seu sistema de atenção primária, é essencial reconhecer o papel crítico que a atenção primária desempenha na promoção da saúde e do bem-estar de todos os brasileiros.

5. CONCLUSÃO

A interdição de uma USF pode ter implicações significativas para a saúde da comunidade que atende, sendo fundamental identificar formas de superá-la. Para isso, são necessários alguns elementos, como se envolver com as partes interessadas, como gestão, profissionais de saúde e líderes comunitários, ajudando a construir um consenso sobre a importância da unidade básica de saúde e mobilizar apoio para sua reinserção.

Pode ser possível explorar modelos não convencionais de prestação de serviços, como telemedicina ou clínicas móveis, para fornecer serviços de saúde primários à comunidade enquanto a interdição estiver em vigor. Tendo em vista que a telemedicina, por exemplo, não substitui completamente os atendimentos presenciais, apenas os complementa e considerando que isso aconteceria em um cenário não convencional, como a interdição da unidade de saúde, seria de extrema importância a introdução desta tecnologia para melhor a qualidade do cuidado ofertado. Isso pode ajudar a preencher a lacuna e fornecer serviços essenciais de saúde à comunidade.

O funcionamento provisório de uma USF em um prédio que não é destinado para tal, com tantas limitações estruturais é uma péssima escolha como solução para a interdição desta Unidade, prejudicando tanto o cuidado em saúde ofertado para a população como o processo de aprendizagem da Residência Médica. Dessa forma, em situações semelhantes, se faz necessário pensar em outras alternativas que contem com o apoio da gestão para que o mesmo erro não se repita.

6. REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Cadernos da ABEM: Residência Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. 60 p. v. 7. ISBN 1806-50. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM_Vol07.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

2. BRASIL, Ministério Da Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2016. Disponível em: https://amaq.lais.huol.ufrn.br/amaq_homologacao/static/assets/docs/AMAQ_AB_SB_3.pdf. Acesso em: 8 jan. 2023.

3. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

4. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 2 jan. 2023.

5. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 2 jan. 2023.

6. BOUSQUAT, Aylene *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 r. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 8, p. e00037316, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00037316>.

7. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 20 janeiro 2023.

8. GUSSO, Gustavo *et al.* **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Florianópolis: Artmed, 2019.

9.KASHIWAKURA, H. K. et al.. Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. Ciênc. saúde coletiva, 2021 26 suppl 2, p. 3397–3408, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.37112019>

10.LOVO, J. Telemedicina: Oportunidades na atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2552, 2021. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2552](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2552).

11.MOREIRA, K. S. et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de Saúde da Família e Equipamentos para Ações na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 22, n. 2, jun. 2017. ISSN 2176-9133. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.51283>

12.PAULA, W. K. A. S. et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 50, n. 2, p. 335-345, abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000200021>.

13.PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com

atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1009-1019, jun. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000700007..>

14.SOARES NETO, J. J. et al. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 9, p. 2709-2718, set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16432016>.

15.STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 726p 2002. Disponível em: <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>>. Acesso em: 5 jan. 2023.

16.STARFIELD, B. Is primary care essential?. **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 1994. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(94)90634-3)

17.VUORI, H. Primary health care in Europe: problems and solutions. **Community Medicine**, v. 6, n. 3, p. 221–231, 1984. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a043716>.