

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM
SAÚDE - ICICT

MEDIDA DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL

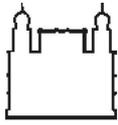
MARCOS RODRIGO DE OLIVEIRA SOKOLOSKI

PORTO ALEGRE
2016



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



MARCOS RODRIGO DE OLIVEIRA SOKOLOSKI

MEDIDA DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof^a. Dra. Rosa Maria Levandovski

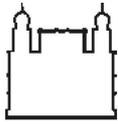
Porto Alegre

2016



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

 **ICICT**
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

 **ESCOLA**
GHC
CENTRO DE
EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA
E PESQUISA EM SAÚDE

MARCOS RODRIGO DE OLIVEIRA SOKOLOSKI

MEDIDA DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURIS DO RIO GRANDE DO SUL

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Porto Alegre, 30 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

100%
SUS


Grupo Hospitalar Conceição

MINISTÉRIO DA
SAÚDE


BRASIL
GOVERNO FEDERAL

RESUMO

O Rio Grande do Sul possui 221 municípios predominantemente rurais, ou seja, com 50% ou mais de sua população residente em área rural, totalizando cerca de 1.600.000 habitantes residentes nessas áreas, o que representa 14,9% da população total do Estado. Devido às grandes distâncias e/ou à dificuldade de deslocamento, o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) por parte dessas populações pode se tornar precário. A hipótese da pesquisa é que o acesso aos serviços de saúde é maior em municípios que utilizam unidades móveis terrestres e/ou unidades satélite em comparação aos demais municípios rurais. O acesso será comparado através de estudo quantitativo do tipo transversal a partir dos dados de produção das equipes de Estratégia de Saúde da Família enviados ao Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica no período de janeiro a dezembro de 2016.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, acesso aos serviços de saúde, estratégia saúde da família, população rural.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AB - ATENÇÃO BÁSICA

APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CDS - COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA

DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS

ESF - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

PEAB - POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PEC - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO

PNAB - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PNSIPCFA - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO,
DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

RS - RIO GRANDE DO SUL

SISAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UMT - UNIDADE MÓVEL TERRESTRE

US - UNIDADE SATÉLITE

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA

FIGURA 2: MUNICÍPIOS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL

FIGURA 3: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE COBERTURA DE ESF - DAB/MS

FIGURA 4: MUNICÍPIO COM UMA EQUIPE DE ESF IMPLANTADA

FIGURA 5: DADOS DE PRODUÇÃO ENVIADOS AO SISAB

SUMÁRIO

Conteúdo

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS	2
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	3
1 Introdução	5
1.1 Objetivos	6
1.1.2 Objetivo Geral.....	6
1.1.3 Objetivos Específicos.....	6
2 Referencial Teórico.....	7
2.1 Atenção Primária à Saúde.....	7
2.2 Acesso aos Serviços de Saúde	8
2.3 Sistema de Informação.....	10
3 Metodologia	12
3.1 Delineamento da pesquisa.....	12
3.2 Local do estudo	12
3.3 Amostragem.....	13
3.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	13
3.5 Procedimentos de Análise de Dados.....	15
3.6 Cronograma.....	16
3.7 Orçamento.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

O Rio Grande do Sul (RS) possui municípios com elevado percentual populacional residente em área rural, grande extensão territorial e baixa densidade demográfica. Ao todo, 221 dos 497 municípios são predominantemente rurais, ou seja, com mais de 50% de sua população residente fora da área urbana. No Estado, isso representa 14,9% da população total - cerca de 1.600.000 pessoas (IBGE).

Devido às grandes distâncias e/ou à dificuldade de deslocamento, o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) por parte dessas populações rurais pode se tornar precário.

Para garantir equidade ao acesso à APS por essas populações, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) (BRASIL, 2011), alguns municípios com tais características utilizam estratégias como “unidades móveis terrestres” (UMT) e/ou “unidades-satélite” (US) no processo de trabalho de suas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para oferecer acessibilidade de forma itinerante e periódica.

A hipótese da pesquisa é que o acesso aos serviços de saúde, especialmente à APS, é maior nos municípios que possuem UMT e/ou US em comparação aos municípios de mesmas características que não utilizam nenhum desses dispositivos.

Este estudo se justifica pela necessidade de identificar estratégias e de produzir informações voltadas à qualificação da gestão e da atenção à saúde das populações rurais do Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil, a fim de reduzir as iniquidades de acesso aos serviços de saúde por esse grupo populacional.

1.1 OBJETIVOS

1.1.2 Objetivo Geral

Comparar o acesso aos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde entre municípios que utilizam Unidades Móveis Terrestres e/ou Unidades Satélites com demais municípios rurais do Estado do Rio Grande do Sul.

1.1.3 Objetivos Específicos

- Identificar os municípios rurais no RS que utilizam as estratégias de unidades satélite e unidades móveis terrestres para ampliação de acesso à APS;
- Elencar os indicadores de acesso utilizando as informações disponíveis no banco de dados do DATASUS, IBGE e SISAB;
- Comparar o desempenho em indicadores de acesso dos municípios que utilizam UMT ou US;
- Produzir informações sobre o acesso à Atenção Primária à Saúde pelas populações rurais do Rio Grande do Sul.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitária, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações em territórios bem delimitados. Utiliza tecnologia de baixa densidade e elevada complexidade, que deve resolver os problemas de saúde de maior incidência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade, integralidade, complexidade e inserção sociocultural, e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004). Para Starfield (2002), a Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção primária no país, e é tida pelo Ministério da Saúde (MS), gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica (AB) por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária, de ampliar a resolubilidade impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de proporcionar uma

importante relação custo-efetividade (PNAB, Portaria nº 2.488/2011).

A implementação da Estratégia de Saúde da Família significa uma mudança no modelo de atenção, contribui para o aumento da oferta de serviços de saúde em pequenos municípios e em áreas rurais e possibilita minimizar os efeitos de iniquidade de acesso historicamente observados nesses territórios (ARANTES et. al.).

O Ministério da Saúde, através do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas (BRASIL, 2008), estabeleceu uma estrutura mínima, onde se incluem as Unidades de Apoio à Saúde da Família e as Unidades Móveis Terrestres de Atenção Básica.

As Unidades de Apoio à Saúde da Família, denominadas Unidades Satélites (US) são espaços físicos permanentes utilizados como suporte ou “extensões” das Unidades Básicas de Saúde em que estão lotadas as equipes de ESF. Essas unidades geralmente são dependências de pequenas escolas das comunidades, de igrejas, pequenos postos de saúde, etc.; que servem de suporte às equipes de ESF em localidades de difícil acesso e/ou com população rarefeita tendo como objetivo ampliar o acesso às ações de saúde e qualificar o cuidado dessas populações (PEAB, RESOLUÇÃO Nº 678/14).

As Unidades Móveis Terrestres (UMT) de Atenção Básica são veículos da categoria micro-ônibus equipados com consultório de atuação multiprofissional e um gabinete odontológico, utilizadas pelas equipes de ESF para chegar às comunidades mais distantes da zona rural do município (Portaria 565/2013), possibilitando o atendimento à saúde de localidades distantes e de difícil acesso, tendo prioridade para a população do campo, acampamentos, assentamentos, aldeias indígenas, comunidades quilombolas e ribeirinhas.

2.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Tanto o potencial como o alcance dos aspectos cruciais da atenção primária podem ser medidos pela abordagem da capacidade-desempenho. Quatro elementos estruturais do sistema de serviços de saúde definem o

potencial, enquanto dois aspectos do processo traduzem o potencial numa atividade importante. Os quatro elementos estruturais relevantes à atenção primária são acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade. São definidos como segue:

Acessibilidade: envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

Variedade de serviços: é o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis.

Definição da população eletiva: inclui o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela.

Continuidade: consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende ao paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção.

Traduzir o potencial na atividade adequada requer dois elementos de desempenho do sistema de serviços de saúde: utilização de serviços pela população e reconhecimento de problemas por profissionais de serviços de saúde.

A utilização refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde. A razão fundamental para uma consulta pode ser a investigação da ocorrência de um novo problema, o acompanhamento de um problema antigo ou receber serviços preventivos. A utilização pode começar pelo paciente ou ser uma exigência ou orientação de um profissional de saúde, podendo, ainda, ocorrer como resultado de alguma exigência administrativa.

O reconhecimento de um problema (ou de necessidade) é o passo que

precede o processo diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então, será um processo inadequado. Os pacientes podem não se queixar de problemas por não estarem cientes deles, ou podem se queixar de uma coisa que mascara outra. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou da população.

Como já foi anteriormente declarado, são necessários um dos quatro elementos estruturais (acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade) e um dos dois elementos processuais (utilização, reconhecimento do problema) para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da atenção primária: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A atenção ao primeiro contato, ou seja - o efetivo acesso -, implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece acesso a menos que os seus usuários em potencial percebam-no como acessível e isto se reflita na sua utilização. Portanto, a mensuração do acesso envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual) (STARFIELD, 2002).

Para a avaliação do acesso neste estudo, a acessibilidade será analisada a partir dos elementos representados pelas Unidades Móveis Terrestres, Unidades Satélite e Unidades Básicas de Saúde existentes nos demais municípios, enquanto que a utilização do serviço de saúde será analisada pela produção das equipes de ESF enviada ao sistema de informação em saúde.

2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e

de adesão aos programas e estratégias da PNAB. O SISAB integra a estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde denominada e-SUS Atenção Básica, que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho da Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes de Atenção Básica. Com o SISAB, é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.



Figura 1: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo com desenho do tipo transversal.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Serão selecionados municípios do Estado do Rio Grande do Sul predominantemente rurais (figura 2) com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família implantada. Serão excluídos os municípios cujas equipes de ESF tiverem deixado de enviar a respectiva produção ao SISAB em qualquer competência do período analisado.

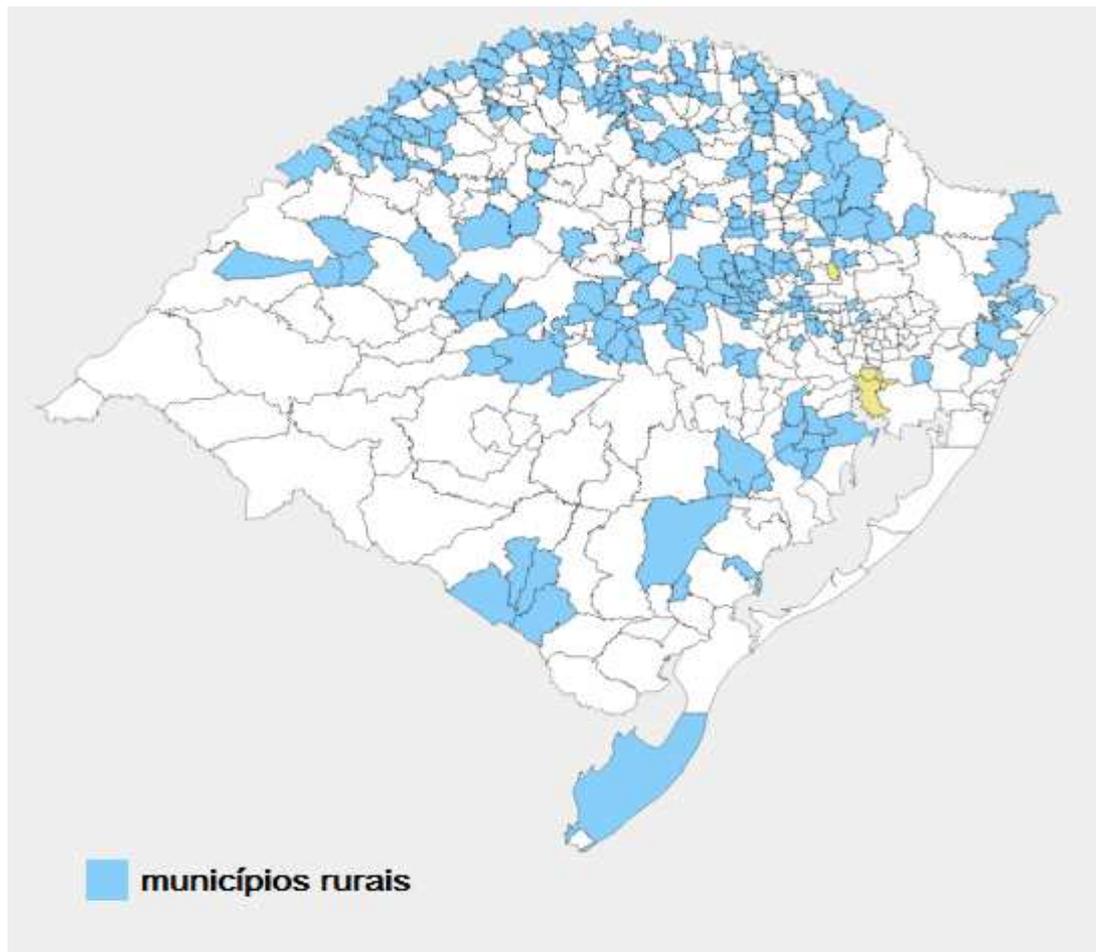


Figura 2: municípios rurais do Rio Grande do Sul.

3.3 AMOSTRAGEM

O método de seleção da amostragem será não probabilístico. Serão formados três grupos compostos por: municípios com equipes ESF que utilizem Unidades Móveis Terrestres; municípios com ESF que utilizem Unidades Satélite e municípios com ESF que não utilizem nenhum dos dois dispositivos. Este agrupamento de municípios será feito a partir de relatórios de utilização de UMT e US realizado por técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As informações referentes ao histórico de cobertura de Saúde da Família utilizadas neste estudo serão obtidas no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (figuras 3 e 4).

Nota Técnica

Histórico de Cobertura da Saúde da Família

Última Atualização: **OUTUBRO / 2016**

Opções de Consulta

Competências por Unidade Geográfica
 Unidades Geográficas por Competência

Unidade Geográfica

Brasil
 Região
 Estado
 Municípios
 Capitais

Estado: RIO GRANDE DO SUL ▼
 Município: --Selecione o Município-- ▼

Período

→ Início
 Mês: Janeiro ▼ Ano: 2016 ▼
 → Fim
 Mês: Dezembro ▼ Ano: 2016 ▼

Figura 3: Sistema de informação de cobertura de ESF do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.



MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
 Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal
 Unidade Geográfica: Município - ACEGUA/RS
 Competência: Janeiro de 2016 a Dezembro de 2016

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde						Equipe de Saúde da Família					
			Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2016	01	4.465	11	11	10	10	4.465	100,00	2	1	1	1	3.450	77,27
2016	02	4.465	11	11	10	10	4.465	100,00	2	1	1	1	3.450	77,27
2016	03	4.465	11	11	10	10	4.465	100,00	2	1	1	1	3.450	77,27
2016	04	4.465	11	11	10	10	4.465	100,00	2	1	1	1	3.450	77,27
2016	05	4.465	11	11	10	10	4.465	100,00	2	1	1	1	3.450	77,27
2016	06	4.465	11	11	10	10	4.465	100,00	2	1	1	1	3.450	77,27
2016	07	4.465	11	11	10	10	4.465	100,00	2	1	1	1	3.450	77,27
2016	08	4.465	11	11	10	10	4.465	100,00	2	1	1	1	3.450	77,27
2016	09	4.465	11	11	11	11	4.465	100,00	2	1	1	1	3.450	77,27
2016	10	4.465	11	11	11	11	4.465	100,00	2	1	1	1	3.450	77,27

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A *Nota Técnica* contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

Figura 4: município com uma equipe de ESF implantada.

Os dados pertinentes à produção das equipes de ESF serão coletados a partir dos relatórios disponíveis no SISAB (figura 5), oriundos dos sistemas da estratégia e-SUS AB: Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). As variáveis disponíveis são:

Unidade geográfica: área geográfica delimitada, podendo ser município, região de saúde, estado, macrorregião ou país.

Período: intervalo de tempo composto por uma ou mais competências, cada uma iniciada no primeiro dia de determinado mês e finalizado no último dia desse mesmo mês.

Quantidade de fichas: Total; Cadastro Individual; Cadastro Domiciliar; Atendimento Individual; Atendimento Odontológico; Atividade Coletiva; Procedimento; Visita Domiciliar; Atendimento Domiciliar; Avaliação de Elegibilidade e Admissão; Marcadores de Consumo Alimentar.

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
 Unidades Geográficas: ACEGUÁ - RIO GRANDE DO SUL
 IBGE: 430003
 Período: Janeiro de 2016, à Outubro de 2016.
 Data da Última Atualização: 23/11/2016

Mostrar registros por página Produção Enviada Procurar:

Período	Quantidade de fichas										
	Total	Cad Individual	Cad Domiciliar	Atend Individual	Atend Odontológico	Ativ Coletiva	Procedimentos	Visita Domiciliar	Atend Domiciliar	Aval Elegibilidade	
201601	1.990	23	7	828	16	6	831	279	0	0	
201602	1.726	1	1	686	0	6	692	340	0	0	
201603	2.640	15	0	1.107	13	6	1.106	393	0	0	
201604	1.117	17	3	351	21	8	364	353	0	0	
201605	1.924	55	11	657	25	7	662	507	0	0	
201606	2.304	116	33	838	9	12	853	443	0	0	
201607	1.457	172	60	439	4	6	455	321	0	0	
201608	1.876	96	31	707	0	7	723	312	0	0	
201609	1.735	28	10	722	0	7	739	229	0	0	
201610	1.089	0	0	522	11	6	540	10	0	0	

Figura 5: dados de produção enviados ao SISAB.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Serão analisadas as variáveis Quantidade de Fichas - Atendimento Individual; Unidade Geográfica - Município; e Período - competências janeiro a dezembro de 2016. A partir desses dados, será criado o indicador “Média de Atendimentos Individuais por Habitante”, considerando-se como base de cálculo o número total de atendimentos individuais no período de 12 meses e o número de habitantes de cada município, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

$$\text{Média de Atendimentos Individuais} = \frac{\text{total de Atendimentos Individuais}}{\text{número de habitantes}}$$

A análise estatística dos dados será dividida em duas etapas. A primeira consistirá em análise descritiva utilizando-se o programa MS Excel[®]. A segunda etapa, em análise paramétrica através de teste t, com $p < 0,05$. Todas as análises inferenciais serão feitas com o software SAS[®].

3.6 CRONOGRAMA

Atividade	Meses 2017					
	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho
identificação dos municípios rurais do RS	X					
identificação das UMT e US	X	X				
coleta de dados do SISAB		X	X			
cálculo do indicador de saúde			X	X		
análise de dados				X	X	
discussão dos resultados					X	X
divulgação dos resultados						X

Tabela 1: cronograma de atividades referente ao calendário 2017.

3.7 ORÇAMENTO

Elemento de despesa	Valor unitário	quantidade	Valor total
Conexão à internet (mensal)	R\$95,00	6	R\$570,00
Material de consumo - impressões	R\$0,10	100	R\$10,00
Reserva (10%)	-	-	R\$58,00
Total			R\$638,00

Tabela 2: orçamento previsto.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília, 2008. 52 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. 114 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, 2011. 52 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013. Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Nota técnica do histórico de cobertura de equipes. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf. Acessado em 28/11/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Nota técnica - relatório de envio: produção enviada. Disponível em http://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_envio_producao_012016.pdf. Acessado em 28/11/2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. Caderno de Informação e Memória de Progestores. Brasília, 2004.

RIO GRANDE DO SUL, Portaria nº 565 de 24 de dezembro de 2013. Diário Oficial do Estado. Porto Alegre, 2013

RIO GRANDE DO SUL, Resolução CIB-RS nº 678 de 25 de novembro de 2014. Diário Oficial do Estado. Política Estadual de Atenção Básica. Porto Alegre, 2014.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.