

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ORDENADORA DA INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRIMARY HEALTH CARE: THE COORDINATOR OF THE CARE INTEGRATION IN THE EMERGENCY AND URGENCY NETWORK

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ORDENADORA DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL EN LA RED DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Carla Da Ros ¹
Aida Maris Peres ²
Elizabeth Bernardino ²
Ingrid Margareth Voth Lowen ²
Paulo Poli Neto ³
Maria Eliete Batista Moura ⁴

¹ Prefeitura de Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba, PR – Brasil.

² Universidade Federal do Paraná – UFPR, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, PR – Brasil.

³ UFPR, Departamento de Saúde Comunitária. Curitiba, PR – Brasil.

⁴ Universidade Federal do Piauí – UFPI, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Teresina, PI – Brasil.

Autor Correspondente: Carla Da Ros. E-mail: carlaros77@gmail.com

Submetido em: 10/01/2018

Aprovado em: 14/08/2018

RESUMO

A atenção primária à saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada na rede assistencial à saúde, no entanto, apresentam-se dificuldades para efetivá-la como tal. Portanto, o objetivo do artigo é analisar a integração entre unidade de saúde (US) e unidade de pronto-atendimento (UPA), tendo a APS como ordenadora da rede de urgência e emergência (RUE). Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Na coleta de dados foram realizadas 49 entrevistas com médicos, enfermeiros e gestores de saúde, entre fevereiro e junho de 2015, em uma capital da região Sul do Brasil. Do processamento dos dados para a análise textual realizado pelo *software* IRAMUTEQ resultaram quatro classes: comunicação formal e informal na organização de saúde; acesso da população aos serviços de saúde; integração entre a US e a UPA; funções da US e da UPA na rede de atenção à saúde. A pesquisa revelou que a integração do cuidado entre a APS e a UPA mostra-se frágil e desarticulada com os outros serviços que compõem a rede assistencial à saúde, potencializado pela indefinição das atribuições de cada componente da RUE pelos gestores do sistema e profissionais assistenciais e a sobreposição de funções entre a US e a UPA.

Palavras-chave: Integração de Sistemas; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Primary health care (PHC) is considered the main gateway to the health care network; however, there are difficulties to achieve it as such. Therefore, the objective of this study is to analyze the integration between the health unit and the emergency care unit (ECU – “Unidade de Pronto-atendimento”, in Portuguese), with the PHC as an Emergency and Urgency Network (EUN) coordinator. It is qualitative, descriptive and exploratory research. During the data collection, 49 interviews were conducted with physicians, nurses and health managers between February and June 2015 in a capital city in the southern region of Brazil. From the data processing to the textual analysis performed by the IRAMUTEQ software, four classes emerged: formal and informal communication in the health organization; population access to health services; integration between HU and ECU; HU and ECU roles in the health care network. The research showed that the care integration between PHC and ECU is fragile and disjointed with the other services that make up the health care network, boosted by the lack of definition of the attributions of each EUN component by system managers and healthcare professionals, as well as the overlapping of roles between the HU and ECU.

Keywords: Systems Integration; Primary Health Care; Health Services Accessibility.

Como citar este artigo:

Ros C, Peres AM, Bernardino E, Lowen IMV, Poli Neto P, Moura MEB. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em ____ ____ ____];22:e-1137. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20180066

RESUMEN

La atención primaria de salud (APS) está considerada como la puerta de entrada a la red de asistencia de salud. Sin embargo, hay dificultades para hacerla realmente efectiva. El objeto del presente artículo es analizar la integración entre la unidad de salud (US) y la unidad de urgencias y emergencias (UPA) ya que la APS es la ordenadora de la Red de Urgencias y Emergencias (RUE). Se trata de una investigación cualitativa exploratoria descriptiva. Para la recogida de datos se realizaron 49 entrevistas a médicos, enfermeros y gestores de salud entre febrero y junio de 2015, en una capital del sur de Brasil. Del procesamiento de datos para el análisis de texto, realizado por el software IRAMUTEQ, resultaron cuatro clases: comunicación formal e informal en la organización de salud; acceso de la población a los servicios de salud; integración entre la US y la UPA; funciones de la UPA en la red asistencial de salud. La investigación reveló que la integración de los cuidados entre la APS y la UPA es frágil y desarticulada con los demás servicios que componen la red asistencial de salud, agravada por la falta de definición de las atribuciones de cada componente de la RUE, por los gestores del sistema y profesionales asistenciales y por la superposición de funciones entre la US y la UPA.

Palabras clave: Integración de Sistemas; Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde têm a responsabilidade de propiciar acesso universal à atenção à saúde e buscar respostas às necessidades das populações. Estas se expressam nas diversas situações de saúde que demandam cuidados e requerem uma organização de serviços inclusivos e resolutivos, com integração entre os pontos de atenção do sistema de saúde.¹

A atenção primária à saúde (APS) é considerada o ponto de comunicação da rede de atenção à saúde (RAS) e possui a função de coordenar o cuidado.² Nos sistemas com barreiras de acesso aos serviços, evidenciam-se a perda de continuidade da atenção e a falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde.³ Portanto, a forma de organizar os sistemas de saúde só pode ser eficaz se estiver centrada na pessoa.⁴

A APS, caracterizada como ordenadora do cuidado, organiza e racionaliza o uso de todos os recursos básicos e especializados direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.⁵ Alinhado ao referencial teórico proposto por Barbara Starfield, este estudo parte do pressuposto de que as dificuldades comecem com uma APS voltada prioritariamente para atendimentos programáticos, em detrimento ao acolhimento e atendimento das pessoas acometidas por quadros agudos de baixa complexidade que geram encaminhamentos às unidades de pronto-atendimento (UPA) que, por sua vez, realizam tratamentos sintomáticos, com graves prejuízos à integralidade da assistência.⁶

Os serviços de urgência e emergência brasileiros encontram-se abarrotados, com demandas que misturam, no mesmo ambiente, pessoas em reais situações de urgência e emergência e outras de baixa complexidade, o que tem interferido no processo de trabalho das equipes e na qualidade do cuidado prestado.⁷

Ao considerar a fragmentação do cuidado, a dificuldade de efetivar a APS como a porta de entrada preferencial e a integração dos serviços, faz-se necessário utilizar estratégias que contribuam na reorganização dos serviços, na ampliação do acesso e na integralidade do cuidado, o que também é proposto por um estudo realizado no Canadá, integrando unidades especializadas com hospitais universitários.⁸ Nesse sentido,

o objetivo desta pesquisa foi analisar a integração entre a unidade de saúde (US) e a UPA, tendo a atenção primária como ordenadora da rede de urgência e emergência (RUE).

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. O município sul-brasileiro pesquisado está organizado em 10 distritos sanitários (DS), com o total de nove UPAs e 110 US, das quais 66 têm equipes de saúde da família e 44 são US sem a Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada. O critério de escolha por um dos DS foi a realização do maior número de atendimentos por dia em sua UPA, em comparação às demais UPAs do município.

Como critérios de inclusão dos participantes optou-se por um médico, um enfermeiro e um gestor local que atuasse na UPA, os mesmos números e categorias profissionais que atuassem nas 18 US do DS, além de três gestores do nível central da SMS e um gestor distrital relacionados à APS ou RUE. Foram excluídos os médicos, enfermeiros e gestores afastados de suas atividades por motivo de férias, licença-prêmio ou tratamento de saúde durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2015. Entre os 58 profissionais abordados, 49 tiveram disponibilidade e aceitaram participar da pesquisa por meio de uma entrevista. Destes, 12 eram médicos e 16 eram enfermeiros que atuavam na UPA ou nas US, 17 eram gestores do nível local, três do nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e um do DS.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado e realizadas em local reservado e definido pelos participantes durante seu horário de trabalho, mediante agendamento telefônico prévio. Todos foram informados de que se tratava de uma pesquisa, dos seus objetivos e do procedimento de coleta de dados e foram incluídos após a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido.

As 49 entrevistas tiveram a duração média de 15 minutos, gravadas com uma ferramenta do aparelho celular e transcri-

tas pelos pesquisadores. Os participantes foram caracterizados em relação a sexo, idade, formação profissional, tempo de atuação na profissão e permanência no cargo atual. As perguntas realizadas na pesquisa foram: quais as atribuições da UPA e da US? Que características distinguem a UPA da US? Na sua percepção, como acontece a integração da UPA com a US? Indique as facilidades e dificuldades. Quais os motivos que levam o usuário a procurar atendimento na US ou na UPA? As notas de campo realizadas pelos pesquisadores subsidiaram a discussão. Dos participantes, 21 (42,8%) eram gestores, três do nível central, um distrital e 17 gestores locais das US e da UPA, além de 16 (32,6%) enfermeiros e 12 (24,4%) médicos, profissionais assistenciais das US e da UPA.

O processamento dos dados foi realizado pelo *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) desenvolvido na França por Ratinaud em 2009. Seu uso no Brasil deu-se a partir de 2013, predominantemente nas representações sociais, no entanto,

vários pesquisadores de outras áreas têm usado essa ferramenta.⁹⁻¹¹ O IRAMUTEQ possibilita cinco diferentes análises estatísticas de textos, das quais foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Cada entrevista é considerada uma Unidade de Contexto Inicial (UCI) e seu conjunto é denominado *corpus*, o qual foi preparado a partir de duas variáveis codificadas conforme o número do participante e a categoria profissional médico, enfermeiro ou gestor.¹²

As classes são representadas por meio de um dendograma que permite sua visualização, porcentagem da Unidade de Contexto Elementar (UCE) de cada classe e as ligações entre elas. Cada UCE, também denominada segmento de texto, tem em torno de três linhas e o seu conjunto em cada classe representa um tema a ser analisado. Considera-se que o aproveitamento do total das UCEs deve ser no mínimo de 70% a partir das palavras mais frequentes e com valor do χ^2 igual ou superior a 3,84. Quanto mais alto o valor do χ^2 , maior é a sua associação com a classe.^{12,13}

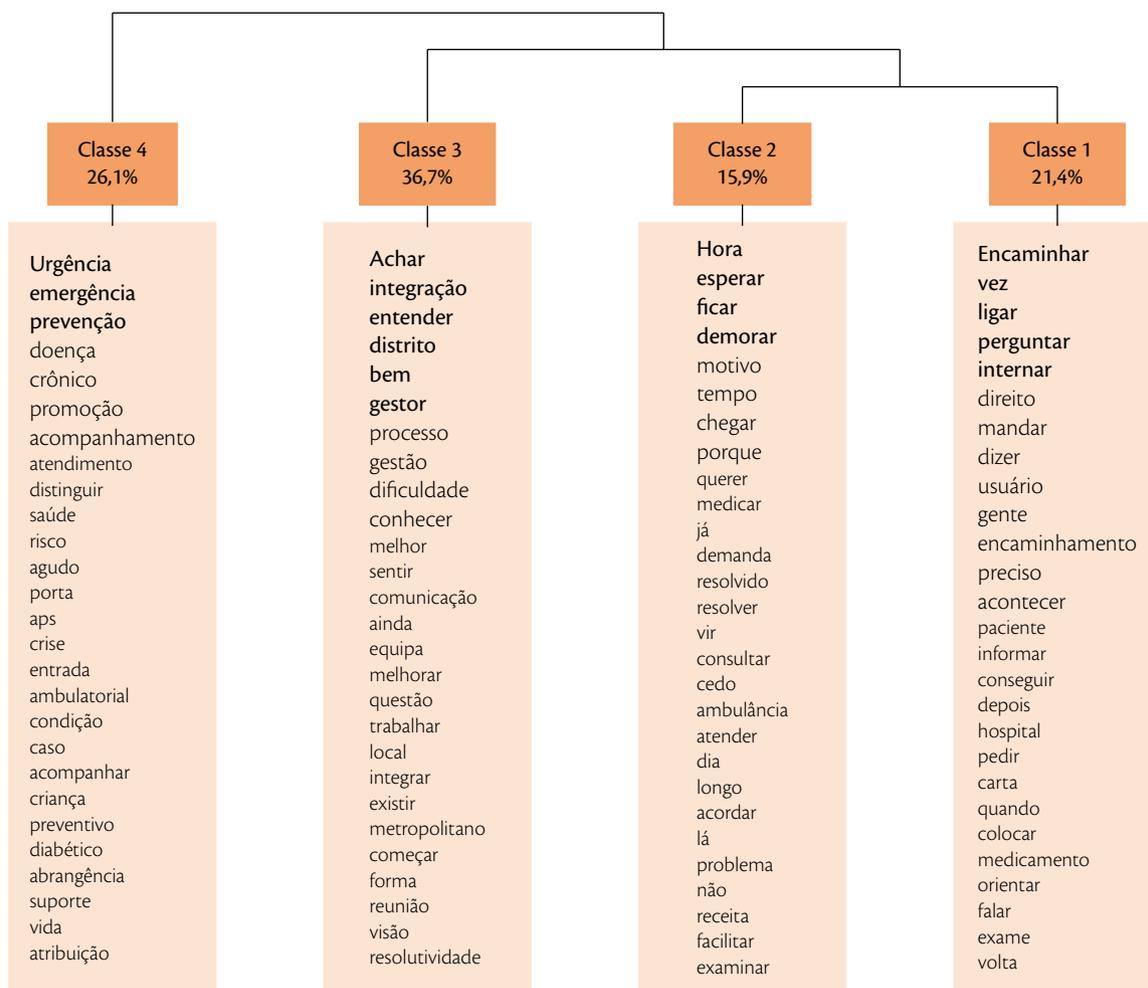


Figura 1 - Dendograma de classes – A relação da RUE com a APS tendo esta como ordenadora do cuidado. Fonte: dados primários levantados da pesquisa.

A análise textual trata da análise verbal transcrita e pode advir de textos, entrevistas e documentos, entre outros.¹⁴ Nesta pesquisa, a análise textual foi realizada pelos pesquisadores após o processamento dos dados e a partir do pressuposto de que a APS é a ordenadora do cuidado.⁵

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade pública e ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMS do município, atendendo à Resolução nº 466, de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, e aprovada sob o nº CAE 33867114.0.0000.0102 e o parecer substanciado da instituição coparticipante sob o nº 848.555.

RESULTADOS

Dos 49 entrevistados, seis eram do sexo masculino e 43 do sexo feminino, com média de idade de 42 anos, tempo médio de formação de 16 anos, tempo médio de atuação na assistência de 9,6 anos e tempo médio na gestão de quatro anos. A maioria realizou cursos de pós-graduação *stricto e/ou lato sensu* em diferentes áreas do conhecimento; apenas um deles cursava a primeira especialização e outro não a tinha realizado.

No processamento dos dados por meio do *software*, houve o aproveitamento de 84,69% do material textual, que resultou em 979 UCEs. As quatro classes, conforme a Figura 1, apresentaram aspectos relacionados a integração, comunicação e acesso aos serviços, denominadas: classe 1 – comunicação formal e informal na organização de saúde; classe 2 – o acesso da população aos serviços de saúde; classe 3 – a integração entre a US e a UPA; classe 4 – funções da US e da UPA na rede de atenção à saúde.

A classe 1 – comunicação formal e informal na organização de saúde – apresentou as formas de comunicação estabelecidas entre os profissionais de saúde e gestores e entre estes e os usuários, conforme os seguintes relatos:

Porque quando se encaminha um usuário, dificilmente você consegue o contato telefônico com o plantonista. Eu já tive oportunidade de ligar para o plantão e me transferirem várias vezes, a ligação cair várias vezes e eu não consegui falar com o plantonista, até descobrir que era um colega que trabalha comigo em outro lugar e ligar para o telefone particular dele, e aí eu consegui encaminhar a paciente [...] (Med. 5).

A classe 2 – o acesso da população aos serviços de saúde – trouxe resultados sobre o acesso das pessoas ao atendimento de saúde nas US e na UPA, a partir de falas relacionadas à organização do serviço, do processo de trabalho, do vínculo e sobre questões entendidas como culturais.

A geografia facilita que ele venha na UPA [...], para o usuário a queixa é que muitas vezes o atendimento na US vai demorar [...] (Gest. 19).

Eles não querem ficar aguardando o dia todo na UPA para serem atendidos, preferem vir para cá, na US [...] (Med. 9).

Na classe 3 – a percepção sobre a integração entre US e UPA – foi abordada a integração entre a US e a UPA sob a ótica dos participantes, conforme as seguintes falas:

Eu acho que a integração da UPA com a US é bem ruim, claro que os usuários chegam lá na UPA e tem uns que não precisavam estar lá, mas estão e isso sufoca a UPA [...] (Med. 4).

[...] ao ter os três equipamentos, teremos sérias dificuldades de diálogo pelas características da UPA e dos profissionais que atuam na UPA, pela forma como a UPA foi implantada; fazer com que ela dialogue bem, tanto com o hospital, quanto com a APS, tem defeito de nascença [...] (Gest. 17).

A classe 4 – funções da unidade de saúde e da unidade de pronto-atendimento na rede de atenção à saúde – apresentou resultados sobre o entendimento dos profissionais e gestores sobre as funções da US e da UPA, considerando a implantação dos serviços, a organização e a complexidade de ambos.

A UPA atende às urgências, às doenças agudas e não às crônicas, e a US deve ser a parte crônica, atender à demanda crônica do dia a dia que não são as urgências e emergências [...] (Enf. 4).

DISCUSSÃO

A maioria dos participantes tem formação *lato sensu* e preparo para as atividades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), os quais são dados semelhantes ao estudo desenvolvido em outra instituição com APS na região Nordeste do Brasil.¹⁵ O tempo de atuação dos profissionais na assistência, mais de 11 anos da maioria, sugere mais experiência profissional e vínculo com a população atendida.

As formas de comunicação informal são os contatos pelo telefone que costumam ser baseados na amizade, sem registro no prontuário. Essa comunicação, conhecida como “rede corredor”, é entendida como o cerne da comunicação informal. Geralmente é ágil e facilita a informação e é difícil interrompê-la, pois não há responsabilização pelas informações transmitidas.¹⁶

A comunicação formal se afirma a partir existência de prontuário eletrônico e da carta, que seria a guia de referência e contrarreferência. O uso de sistemas interativos *online*, sistemas em rede e sistemas integrados, apesar de apresentar fragilidades, permite que os profissionais compartilhem arquivos e informações, tornando a comunicação eficiente, com a utilização de tecnologias como as redes sociais, mensagens de texto *e-mail* e *intranet*.^{16,17}

O prontuário eletrônico é uma ferramenta utilizada para melhorar a integração, tendo como principais vantagens o acesso rápido ao histórico de saúde, a melhora da gestão do tempo, do planejamento e a qualidade do atendimento. No entanto, ainda existe uma resistência dos profissionais da saúde quanto ao uso de novas tecnologias, o que se deve, na maioria das vezes, à falta de domínio de informática.¹⁸ Os participantes da pesquisa destacaram o prontuário eletrônico como algo positivo em relação à integração e à continuidade do cuidado. Por outro lado, a falta de registro é reconhecida como grande dificuldade, tanto no que se refere à resistência do profissional que faz registros incompletos, simplificados e o não registro.

Destacam-se os desafios e a importância dos registros no prontuário eletrônico, da guia de referência e contrarreferência como formas de comunicação práticas, evitando idas e vindas dos usuários, mas principalmente na perspectiva de avanços na continuidade do cuidado.^{19,20}

O acesso consiste em não restringir a entrada das pessoas nos serviços de saúde e a facilidade em obter cuidados sempre que necessitar e da maneira mais confortável.²¹ A UPA tem acesso facilitado, horário ampliado, localização geográfica favorável e atende todas as pessoas que procuram o serviço.²²

A US possui dias e horários de funcionamento limitados, sua população é definida pelo território, tem dificuldades para o agendamento de consultas e, pela organização do seu processo de trabalho, muitas vezes não consegue atender as pessoas no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte. Esses são critérios de avaliação considerados relevantes para uma APS de qualidade.^{23,24}

Para os profissionais, a dificuldade de ampliar o acesso está relacionada ao excesso de demanda, à forma de organização do processo de trabalho e à falta de profissionais nas US, o que evidencia dificuldades em combinar a capacidade da equipe em oferecer consultas com a demanda dos usuários no dia a dia.²⁵ Recomenda-se que para melhorar o acesso e atender às necessidades dos usuários, os enfermeiros, médicos e demais profissionais da US devem dispor de agendas abertas durante todo o turno de trabalho.²⁴

A percepção de que a escolha do local de atendimento está relacionada à cultura e à falta de entendimento sobre a organização do sistema remete à fala, nesta pesquisa, sobre a organização da APS para o outro, como se o entrevistado tam-

bém não fosse um usuário do sistema de saúde. Portanto, há um descompasso entre a norma jurídica e o discurso dos profissionais, gestores e intelectuais do SUS.²⁶

Os achados a respeito da integração entre a US e a UPA evidenciam uma dificuldade inicial da UPA, que concorre com a emergência hospitalar e com a APS. Ainda é um grande desafio integrar os diversos níveis de atenção e os sistemas de apoio e logística para apoiar o fluxo de comunicação, conforme salientado em uma revisão integrativa, que identificou essas e outras fragilidades encontradas na APS como coordenadora da RAS.²³

As falhas na comunicação entre os profissionais de diferentes posições hierárquicas devem-se à quantidade de níveis em que se filtra a informação, à distância espacial e à presença de subgrupos que afetam as mensagens a serem transmitidas e à forma como são percebidas.¹⁶

Estudo sobre acessibilidade e demanda numa UPA refere que as pessoas aprendem a usar os serviços de saúde a partir das suas necessidades, e suas escolhas são norteadas pelas vivências,²⁴ o que contrapõe as falas sobre a falta de entendimento da população no que diz respeito à organização do sistema.

A maioria dos profissionais e gestores tem clareza na identificação das atribuições da UPA. Quanto às atribuições da APS, identificam que sua principal função é realizar ações de promoção à saúde, de prevenção à doença e condições crônicas.

A APS no Brasil, de modo geral, persiste com a visão vertical de programas e protocolos, o que repercute num modelo rígido e fragmentado de RAS, com ênfase na visão preventiva e escasso desenvolvimento das ações clínicas. Essa forma de organizar a APS, seletiva e em grupos prioritários, faz com que as pessoas sintomáticas, na maioria casos leves, procurem as UPA.²⁵

Constatou-se uma contradição entre a sobreposição de funções da US e da UPA no tocante às diferentes formas de organizar o acesso na APS e na UPA. Identificou-se também a existência de uma lacuna de atendimento nos discursos dos profissionais e gestores, ao manifestarem, de um lado, que a APS não deve atender a situações agudas, mas focar-se em ações de promoção e prevenção de doenças; e de outro lado, que não seria função da UPA atender a situações agudas de baixo risco. Embora exista preocupação com esses casos, com a descontinuidade do cuidado e a fragilidade de integração entre esses pontos da RAS, não há organização do processo de trabalho que contemple essa necessidade do usuário e dos serviços.

CONCLUSÕES

Na busca pela compreensão da relação estabelecida entre a unidade de saúde e a unidade de pronto-atendimento, foram encontrados aspectos relacionados à comunicação, ao acesso da população aos serviços de saúde, ao processo de trabalho e

ao entendimento das funções de cada equipamento na rede de atenção à saúde.

Os dados revelam que a integração entre a APS e a UPA mostra-se frágil, fragmentada e desarticulada com outros serviços que compõem a RAS. Evidencia-se a indefinição das funções de cada equipamento, dos próprios gestores, como também dos profissionais assistenciais que expressaram que o atendimento aos usuários em situações agudas de baixo risco não é atribuição da APS ou da UPA.

A pesquisa proporcionou uma visão mais crítica sobre a forma como o sistema de saúde está organizado. Uma limitação enfrentada foi a de ajustar o tempo da coleta de dados à disponibilidade dos profissionais, no entanto, estes demonstraram disposição em contribuir com a pesquisa.

Recomenda-se o aprimoramento das ferramentas de integração já existentes na rede municipal, como o prontuário eletrônico, além da promoção de ações inovadoras que ampliem a comunicação e integração entre os profissionais e os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int J Integrated Care*. 2016[citado em 2017 nov. 14];16(4):1-4. Disponível em: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2530/>
- Organización Panamericana de La Salud. Estrategia para El acceso universal a La salud y la cobertura universal de salud. 2014. [citado em 2017 set. 17]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27442&lang=es
- Silva SA, Nogueira DA, Paraízo, CMS, Fracolli LA. Assessment of primary health care: health professionals perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2014[citado em 2017 nov.15];48(spe):122-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf>
- The Health Foundation. Person-Centred care made simple. United Kingdom; 2014. [citado em 2017 dez. 21]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/publication/person-centred-care-made-simple>
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2004. [citado em 2017 jan. 21]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
- Konder MT, O'Dwyer G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface*. 2013[citado em 2017 set. 28];20(59):879-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150519>.
- Rodrigues APB, Ribeiro SCL, Santos AMR, Moura MEB, Mesquita GV, Brito JNPO. Concepção da equipe de enfermagem sobre acolhimento com classificação de risco. *Rev Enferm UFPE*. 2014[citado em 2016 set. 29];8(8):2626-32. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6619/pdf_5840
- Dellaire C, St-Pierre M, Juneau L, Legault-Mercier S, Bernardino E. Secondary care clinic for chronic disease: Protocol. *JMIR Res Protoc*. 2015[citado em 2017 set. 16];4(1):1-31. Disponível em: <https://www.researchprotocols.org/2015/1/e12/#>
- Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013[citado em 2016 set. 09];21(2). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
- Sousa AFL, Queiroz AFLN, Oliveira LB, Moura MEB, Batista OMA, Andrade D. Social representations of biosecurity in nursing: occupational health and preventive care. *Rev Bras Enferm*. 2016[citado em 2017 nov. 14];69(5):864-71. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0864.pdf
- Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP, Goto DYN. Working in the street clinic: use of IRAMUTEQ software on the support of qualitative research. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016[citado em 2017 set. 20];20(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160069.pdf
- Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Florianópolis: UFSC; 2016. 32p.[citado em 2016 ago. 20]. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf
- Chartier JF, Meunier JG. Text mining methods for social representation analysis in large corpora. *PSR*. 2011[citado em 2017 ago. 20];20(2):47. Disponível em: http://psych1.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_38.pdf
- Justo AM, Camargo BV. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. X SIAT&II Serpro; 2014; Universidade do Grande Rio "Professor José de Souza Herdy. Duque de Caxias:Unigranrio; 2014.
- Silva SCPS, Nunes MAP, Santana VR, Reis FP, Machado Neto J, Lima SO. Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in Aracaju, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015[citado em 2017 out. 10];20(10):3011-20. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/en_1413-8123-csc-20-10-3011.pdf
- Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- Huston CJ. Technology in the health care workplace: benefits, limitations, and challenges. In: Huston CJ. Professional issues in nursing: challenges and opportunities. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2014.
- Canêo PK, Rondina JM. Prontuário eletrônico do paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. *J Health Inform*. 2014[citado em 2017 set. 20];6(2):67-71. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.sau.gov.br/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289/197>
- Almeida PF, Gêrvás J, Freire JM, Giovanela L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde Debate*. 2013[citado em 2016 set. 18];37(98):400-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a04v37n98.pdf>
- Brito MCC, Freitas CASL, Silva MJ, Albuquerque IMN, Dias MS. Elderly health care: the referral and counter-referral system in health services. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2014[citado em 2016 set. 16];6(3):1128-38. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2878/pdf_1368
- Murray M, Berwick D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003[citado em 2017 ago. 26];289(8):1035-40. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196024>
- Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014[citado em 2017 set. 18];23(3):869-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0869.pdf>
- Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JÁ, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014[citado em 2017 out. 10];19(2):343-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>
- Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo, LA. Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective. *Acta Paul Enferm*. 2012[citado em 2017 dez. 05];25(spe.2):19-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/04.pdf>
- Gêrvás J, Fernández MP. Una Atención Primaria fuerte en Brasil. Informe sobre cómo fortalecer los aciertos y corregir las fragilidades de la Estrategia de Salud de Familia. Equipe CESCA. 2011[citado em 2017 out. 01]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/SBMFC_relatorio%20final.pdf
- Norman AH. Estratégias da medicina preventiva de Geoffrey Rose. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015[citado em 2016 out. 01];10(34):1-3. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1092/684>