

***Transferência de Cuidados de um Ambulatório de Referência para a Atenção Básica***

Marins Pala, Alessandra<sup>1</sup>  
Lima da Costa Vidal, Dolores<sup>2</sup>  
Rodrigues dos Santos, Aline<sup>3</sup>  
Marques, Cleide<sup>4</sup>  
Moura Vieira, Daise<sup>5</sup>  
Sabóia Albuquerque, Ana Paula<sup>6</sup>  
Gonçalves Albernaz, Antonio Luiz<sup>7</sup>

1 Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), Ambulatório de Pediatria, Rio de Janeiro, Brasil, marinspala@iff.fiocruz.br

2 IFF/Fiocruz, Ambulatório de Pediatria, Rio de Janeiro, Brasil, dolores@iff.fiocruz.br

3 IFF/Fiocruz, Ambulatório de Pediatria, Rio de Janeiro, Brasil, rodrisantos.aline@gmail.com

4 IFF/Fiocruz, Ambulatório de Pediatria, Rio de Janeiro, Brasil, cleyde@iff.fiocruz.br

5 IFF/Fiocruz, Ambulatório de Pediatria, Rio de Janeiro, Brasil, rjdaisemoura@yahoo.com.br

6 IFF/Fiocruz, Ambulatório de Pediatria, Rio de Janeiro, Brasil, paulasaboia13@yahoo.com.br

7 IFF/Fiocruz, Ambulatório de Pediatria, Rio de Janeiro, Brasil, antonioalbernaz@iff.fiocruz.br

**RESUMO**

**Introdução:** IFF/FIOCRUZ é Centro Nacional de Referência e Hospital de Ensino/Pesquisa do Rio de Janeiro, compondo o Sistema Único de Saúde brasileiro(1-3). Seu ambulatório pediátrico é referência para crianças com perfil de alta complexidade. Inácio Filho(4) demonstrou que 54% dos usuários não tinham este perfil(5), podendo ser acompanhados nas Unidades Básicas (UBSs)

**Objetivos:** Geral: promover/acompanhar transferência dos usuários do ambulatório pediátrico aptas ao atendimento nas UBSs. Específicos: (a)mapear usuários transferidos; (b)contactar UBSs quando necessário (garantir acesso à saúde); (c)estabelecer estratégias com UBSs (transferência com qualidade); (d)promover formação continuada dos profissionais das UBSs.

**Materiais e Métodos:** Triangulação de métodos(6), utilizando abordagem quantitativa e qualitativa na coleta/análise dos dados. Entrevista telefônica com responsáveis dos usuários transferidos. Dados sistematizados em planilha. Utilizou-se técnica de análise temática(7).

**Resultados:** Entre outubro/2016 e junho/2017: 68 usuários transferidos. Destes, 33 moravam no Rio de Janeiro (capital), 31 na Região Metropolitana e 4 em outras regiões. Contactou-se 80,9% (55/68) dos transferidos. Destes, 80% (44/55) vincularam-se à UBS facilmente, 7,3% (4/55) relataram dificuldades, 9,1% (5/55) optaram por rede privada/outras unidades públicas e 3,6% (2/55) recusaram UBS.

**Conclusões:** UBSs absorveram maioria dos transferidos, porém alguns não foram atendidos. Principais dificuldades: estrutura das UBSs e “insegurança” dos profissionais em atender pacientes de unidades terciárias. Conquistas: (a)qualificar atendimento (feito no nível adequado de cuidado); (b)menor custo para usuário (atendimento próximo à residência); (c)esclarecer que o usuário pertence ao SUS (inserção dinâmica no sistema); (d)ampliação de vagas em serviço referenciado; e (e)ofertar tecnologia da transferência de cuidados para outras unidades do SUS.

**Palavras-chave:** integralidade, saúde pública, saúde universal

## I. INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal(1), em 1988, o Brasil passa a ser responsável por assegurar assistência à saúde a todos os cidadãos. A Lei Orgânica da Saúde(2), Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, regulamenta objetivos e atribuições; organização, gestão e direção; planejamento e financiamento; dos serviços públicos e privados de assistência à saúde; diretrizes e princípios do chamado Sistema Único de Saúde, o SUS, dentre outros.

O SUS brasileiro tem como um de seus objetivos “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização *integrada* das ações assistenciais e das atividades preventivas”(1). Para tanto, adota como princípios a *universalização* do acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas, sem condicionalidades; a *integralidade* da assistência que presume a articulação de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, com prioridade às ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; a *descentralização* político-administrativa entre municípios, estados e União, com ênfase na oferta de serviços pelos municípios; a *hierarquização*, que consiste na organização dos serviços em diferentes níveis de complexidade; e a *regionalização* da rede de serviços, possibilitando acesso mais próximo ao domicílio, considerando o perfil epidemiológico de cada região(1,2).

Em decorrência desta forma organizacional, tem-se investido prioritariamente na Atenção Primária à Saúde, ou, popularmente, na Atenção Básica. Este nível de atenção é responsável por executar um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, voltadas para promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Por serem o nível básico de complexidade de saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) são majoritariamente de administração municipal e têm território circunscrito ou adstrito, ou seja, são responsáveis por atender um grupo de pessoas de uma região ao longo do tempo e de modo permanente. A Atenção Básica é vista como estratégica para articulação e comunicação com os demais serviços de saúde de crescentes níveis de complexidade(3).

Desta maneira, cabe à Atenção Básica identificar a necessidade de saúde dos usuários assistidos e referenciá-los aos serviços de média e alta complexidade quando necessário. Cabe a estes últimos, por sua vez, absorver a demanda e tratar enquanto a condição de saúde requerer assistência de média e alta complexidade. Todavia, o tratamento em níveis maiores de complexidade não exime do acompanhamento pela atenção básica, pois este deve ser contínuo e longitudinal.

Por compreender a lógica de funcionamento do Sistema Único de Saúde, o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), de administração federal, que está localizado na cidade do Rio de Janeiro (capital do Estado do Rio de Janeiro) e atende população com necessidade(s) de saúde de média e alta complexidade, tem reunido esforços para qualificar sua intervenção, respeitando os princípios de hierarquização e regionalização do SUS.

O Ambulatório de Pediatria é pioneiro neste movimento dentro do IFF e iniciou em 2014 um projeto piloto da *Transferência de Cuidados* de crianças com condição de saúde de baixa complexidade para serem atendidas pela Atenção Básica. Adota-se o termo transferência porque, diferente da contrarreferência já prevista no SUS, adota-se estratégias que visem garantir o acesso à Atenção Básica, objeti-

vando o compartilhamento do cuidado entre os níveis de atenção, estabelecendo parceria com a rede e com as UBSs do território dos usuários. Além disso, a transferência de cuidado também envolve os usuários e seus responsáveis nesse processo, compartilhando conhecimento sobre o funcionamento do SUS e a perspectiva de luta pela garantia do direito à saúde com qualidade.

O movimento de transferência foi respaldado em pesquisa realizada por um pediatra que integra o ambulatório em questão onde foi constatado que 54% das crianças atendidas não correspondiam ao perfil de acompanhamento em ambulatório de alta complexidade(4). Essa pesquisa, demonstrou que a maioria das crianças poderia ser transferida para a unidade de saúde básica, próxima de seu domicílio, possibilitando um cuidado melhor direcionado em seu território. Além de qualificar a assistência à saúde pela proximidade do endereço residencial, este movimento também possibilitou a absorção de novos usuários que apresentam perfil para atendimento em ambulatório especializado.

A ampliação do acesso aos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias na assistência à saúde têm propiciado uma sobrevida maior aos pacientes com doenças crônicas que, por sua vez, tem sinalizado uma mudança no perfil de morbimortalidade de crianças e adolescentes brasileiros. Tem-se assistido aumento de crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas e, por conseguinte, crescente demanda de vagas em unidades com maior nível de complexidade no cuidado de saúde(5). Desta maneira, a transferência de cuidados possibilitou a abertura de vagas no Ambulatório de Pediatria do IFF, atendendo a esta nova necessidade da Rede de Atenção à Saúde.

O início do processo de transferência apresentou algumas dificuldades: os usuários não queriam perder o vínculo com o IFF e não confiavam no serviço prestado pela Atenção Básica; enquanto a Atenção Básica demonstrava receio de receber usuários de uma unidade de alta complexidade como o IFF. Com isto, após serem transferidos, era comum os usuários retornarem ao ambulatório de pediatria do IFF referindo não conseguir acessar o serviço da UBS. Nestes casos, já se realizava articulação com a rede de saúde do território da criança transferida, mas devido a sobrecarga de tarefas, esses contatos eram realizados conforme disponibilidade dos profissionais. Por esta razão, optou-se por transformar o processo de transferência já implantado em pesquisa de modo a possibilitar um acompanhamento mais sistemático das transferências para a Atenção Básica e posterior reflexão sobre as questões envolvidas nesse processo.

Em síntese, o objetivo geral deste trabalho é promover e acompanhar a transferência de cuidados dos usuários do ambulatório de pediatria do IFF em condições de atendimento nas UBSs próximas a seus domicílios. Para tanto, definiu-se como objetivos específicos a) mapear as crianças com transferência de cuidados efetuada no ambulatório de pediatria; b) contactar UBS de referência da residência das crianças transferidas visando a garantia do acesso à saúde, caso haja dificuldades relatadas pelos responsáveis no acesso; c) estabelecer estratégias conjuntamente com a rede de Atenção Básica, garantindo a transferência de cuidado com qualidade; d) promover formação continuada dos profissionais da rede de atenção básica, visando compartilhar conhecimentos sobre os cuidados pediátricos em ambulatórios de referência.

## II. MÉTODO

Adotamos algumas das etapas da triangulação de métodos(6) que utiliza a contribuição de abordagens *qualitativa e quantitativa*. Inicialmente formulamos a *pergunta principal*(6): como podemos

realizar a transferência de cuidado de crianças atendidas em um ambulatório de referência, garantindo o acesso das mesmas à Unidade Básica de Saúde do seu município?

Desta forma, a pesquisa adota como público alvo as crianças e os adolescentes em condições de transferência de cuidados atendidas no Ambulatório de Pediatria do IFF. E, em um segundo momento, os profissionais de saúde e gestores envolvidos com a Atenção Básica dos municípios com maior demanda para transferência de cuidados.

Assim, inicialmente, é realizada a identificação dessas crianças e adolescentes pela equipe médica do ambulatório onde a pesquisa se desenvolve. Os responsáveis legais das crianças são envolvidos no processo, com o objetivo de compartilhar conhecimento sobre o funcionamento da rede de saúde e o significado da transferência do cuidado. Em consulta pediátrica, após dialogar com os responsáveis o motivo da transferência para a atenção básica e o assentimento destes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o profissional responsável pela transferência atualiza endereço e telefone para posterior contato com os responsáveis, explicando que eles receberão ligação em breve para acompanhar sua inserção na atenção básica. Então, os dados das crianças transferidas são sistematizados em uma planilha contendo: a) número de prontuário, b) nomes da criança e do responsável; c) data de nascimento, d) endereço completo e) telefones de contato dos responsáveis, f) data da transferência, g) médico responsável, h) data do contato realizado com o/a responsável, i) resposta à vinculação na UBS, j) observações e intervenções adotadas para assegurar o acesso à UBS. A planilha, desta forma, constitui-se em importante instrumento de investigação para obtenção de informações e sistematização sobre o acesso à Atenção Básica.

Posteriormente, como indicador temos a realização de atendimento na UBS do território de moradia da criança e adolescente. Tal indicador é verificado, após decorrido um mês da realização da transferência, a partir de entrevista, via telefone, com o responsável pela criança/adolescente transferido. Esse contato visa buscarmos informações sobre o acesso do usuário à UBS. Caso não tenha ocorrido o vínculo adequado com a Atenção Básica por razões estruturais, são contactados os responsáveis pela UBS ou pela Atenção Básica naquele município para encaminhamento das dificuldades sinalizadas pelas famílias.

Com isso, o projeto busca, através da conjugação entre material bibliográfico, entrevistas (via telefone) com familiares e articulação com a rede de Atenção Básica, garantir o acesso ao nível adequado de atenção da rede SUS às crianças e aos adolescentes atendidos no ambulatório de referência do IFF.

Para analisar os dados qualitativos utilizamos a técnica de análise temática como uma das formas de obter informações que expressem do modo mais fidedigno possível o que pensa(m) o(s) grupo(s) investigado(s) sobre determinado tema. A observação ou identificação de um ou vários temas ou itens de significação nas entrevistas, viabiliza a escolha de uma unidade de codificação (7). Então, a partir da fala dos(as) entrevistados(as) se identifica quais as dificuldades e facilidades de acesso à UBS.

E os dados quantitativos são mensurados e alocados por municípios e áreas programáticas (forma de regionalização adotada pelo município do Rio de Janeiro tendo 10 conjuntos de bairros, no total). Os dados referentes à quantidade de crianças transferidas são tabulados para identificação dos municípios que mais demandaram transferência de cuidados.

Definimos como desfecho a transferência de cuidados do ambulatório de referência do IFF para a Atenção Básica de maneira qualificada, contribuindo para que os usuários possam acessar a rede em conformidade com o nível de hierarquização do SUS.

A transferência de crianças para a Atenção Básica iniciou-se em janeiro de 2014 como um projeto de intervenção do Ambulatório de Pediatria, tendo transferido 258 usuários até setembro de 2016. O período de coleta de dados desta pesquisa é de outubro de 2016 a junho de 2017, conforme cronograma aprovado pela Comitê de Ética e Pesquisa. Destacamos ainda que esta pesquisa foi realizada respeitando as recomendações e exigências da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IFF/FIOCRUZ, em 2016, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 45731818000005269.

### III. RESULTADOS

No período de outubro de 2016 à junho de 2017, foram transferidas 68 crianças. Destas, 33 (48,5%) residiam na cidade do Rio de Janeiro, 31 (45,6%) na Região Metropolitana e quatro (5,9%) em outras regiões do Estado do Rio de Janeiro.

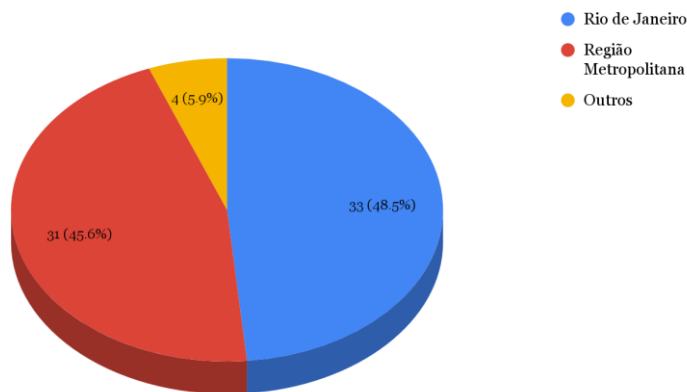


Figura 1: Origem dos Usuários Transferidos

A média de idade das crianças transferidas foi de 5 anos e 3 meses.

Foi feito contato telefônico com 55 dos 68 usuários transferidos (80,9%). Não conseguimos contato ou perdemos contato ao longo do processo com os responsáveis de 13 pacientes (19,1%), apesar dos contatos telefônicos atualizados no último atendimento e dos telegramas enviados. Dos 55 usuários transferidos com cujos responsáveis fizemos contato, 44 (81,5%) conseguiram ser atendidos pela Atenção Básica.

Dentre os 44 que conseguiram, 91% (40/44) se vincularam à UBS de referência sem dificuldade e os outros 9% (4/44) necessitaram de intervenção com as UBSs ou de contato direto com a Secretaria de Saúde do município de residência.

Do total de 55 responsáveis contatados, 12,7% (7/55) dos responsáveis optaram por não buscar atendimento na UBS: três decidiram dar continuidade ao atendimento de saúde do/a filho/a através da assistência privada, dois já tinham pediatras gratuitamente em outras unidades públicas de saúde e dois não quiseram comparecer à UBS de referência apesar da articulação já realizada com o serviço de saúde de referência por não confiarem no trabalho realizado na UBS - ambas já tinham cadastro e já haviam sido atendidas na UBS anteriormente.

Dentre os 55 usuários contatados, 7,3% (4/55) ainda estão em processo de vinculação com a UBS de referência. Uma criança do município de São João de Meriti recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde, profissional que compõe a equipe de saúde da unidade básica de saúde, mas que não havia sido atendida. Irá retornar à UBS para buscar atendimento. A responsável de uma criança do município de Nova Iguaçu informa que a UBS passou um período sem funcionar por falta de médico; em contato telefônico posterior, informou que chegaram novos médicos à UBS e ela iria procurar novamente a unidade de saúde. A responsável de uma criança de Mesquita expõe que após período de paralisação dos profissionais de saúde, a unidade básica de saúde estava regularizando os atendimentos e iria comparecer para agendar consulta.

Por fim, uma criança da capital do Rio de Janeiro ainda está em cadastro reserva da unidade básica de saúde, ainda aguardando abertura da agenda para atendimento.

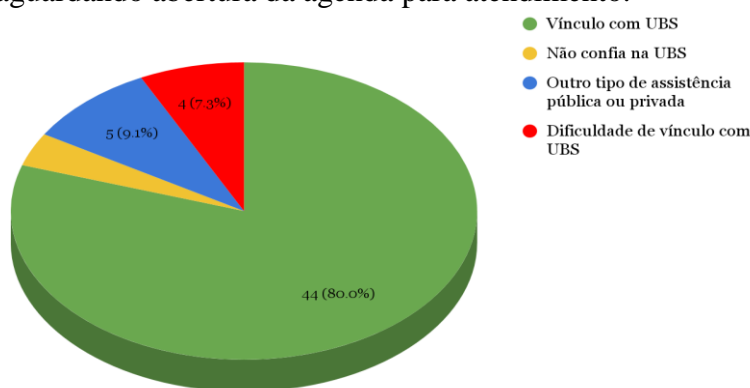


Figura 2: Desfecho dos Usuários Transferidos (N=55)

Das 48 crianças com as quais tivemos sucesso no contato telefônico e cujos responsáveis optaram por procurar atendimento na UBS, 45,8% (22/48) residiam na capital e 54,2% (22/48) em outros municípios do estado do Rio de Janeiro.

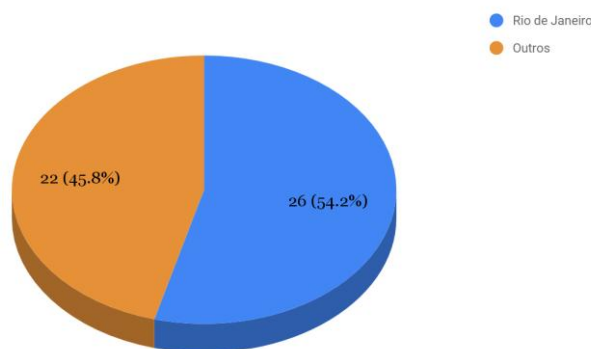


Figura 3: Residência dos usuários com inserção na Atenção Básica (N=48)

Dentre os 55 responsáveis contatados, 12,7% (7/55) apresentaram dificuldades para acessar o serviço da Atenção Básica, próximo a seu domicílio. Dentre estes, 5,5% (3/55) conseguiram acesso através de contato com a rede de saúde. Em dois casos, a Rede Básica solicitou resumo sobre o tratamento realizado no IFF.

Cabe ressaltar que das sete crianças cujos responsáveis relataram dificuldade de absorção pela unidade básica de saúde, seis (85,7%) estavam relacionados à greve/paralisação ou ausência de profissionais da equipe básica, principalmente médicos. Os responsáveis das quatro crianças que ainda não conseguiram ser atendidas pela atenção primária referem a ausência de profissionais ou greve/paralisação do serviço como motivo que as impedem de acessar os serviços para onde foram transferidas.

Os municípios de São João de Meriti e Mesquita foram os que demandaram maior articulação com a Rede de Saúde Básica. Das quatro crianças transferidas de São João de Meriti com as quais conseguimos contato, metade teve dificuldade de acessar a UBS de referência, requerendo contato institucional para assegurar o atendimento. Em relação ao município de Mesquita, os responsáveis das duas crianças transferidas que residem no município relataram dificuldades.

A equipe do Ambulatório de Pediatria iniciou os contatos com as prefeituras dos municípios com o maior número de usuários transferidos (Rio de Janeiro, São João de Meriti e Duque de Caxias) para a) devolução dos dados coletados para as respectivas Secretarias de Saúde e b) formação de parcerias com o objetivo de promover a educação continuada para os profissionais da rede de Atenção Básica, visando compartilhar conhecimentos sobre os cuidados de crianças e adolescentes em ambulatórios de referência.

Está em fase final de elaboração uma cartilha que tem por objetivo a oferta da tecnologia de transferência de cuidados de usuários entre unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade, para profissionais de saúde e gestores do SUS.

#### IV. CONCLUSÕES

Apesar do direito irrestrito à saúde, a cobertura da Atenção Básica no Brasil ainda está longe de atingir 100% da população. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (8) realizada em 2013, cerca de 56% da população brasileira possui cadastro na Atenção Básica. Segundo o Departamento de Atenção Básica, o estado do Rio de Janeiro, no final de 2016, apresentava cobertura de apenas 51,72% da população pelas equipes de Saúde da Família (9) - principal estratégia nacional na Atenção Básica.

A dificuldade de acesso de alguns usuários à Atenção Básica, principalmente os que moram fora da capital, reflete o momento de desfinanciamento da saúde pública por parte de alguns municípios no estado do Rio de Janeiro. Apesar da união, dos estado e dos municípios terem que assegurar, por lei (3), um repasse percentual fixo para desenvolver as ações de saúde (principalmente na Atenção Primária), este não tem ocorrido como deveria.

Este fato repercute diretamente nas condições estruturais de funcionamento das UBSs, desde a manutenção de medicamentos e insumos básicos até o pagamento dos profissionais que atuam nestas unidades. O ano de 2017 foi marcado por paralisações e greves de profissionais de saúde que atuam nas UBSs. A partir dos dados levantados através das entrevistas com os responsáveis das crianças transferidas e com os serviços e Secretarias de Saúde, ao menos quatro municípios passaram por esta situação:

Duque de Caxias, São João de Meriti, Mesquita e Rio de Janeiro. Esta conjuntura trouxe impacto para o andamento da pesquisa e ao acesso das crianças ao serviço de saúde adequado. Foram meses aguardando realização do cadastro e posterior atendimento.

Porém, apesar das dificuldades, houve avanços. Os dados demonstram que a UBS, ao se constituir a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, conseguiu absorver sem nenhum tipo de dificuldade a maioria das crianças transferidas. Todavia, os usuários em algumas situações ainda não conseguem por si só, ter seus cuidados garantidos no nível primário, quando referenciados de uma unidade de nível de complexidade maior. As dificuldades relatadas até o momento, dizem respeito tanto à estrutura das UBSs, que se relaciona diretamente com a conjuntura local, quanto com, a “insegurança” dos/as profissionais em prestar cuidado a pacientes provenientes de unidades terciárias (mesmo que estes não necessitem de cuidados complexos).

A experiência com essa tecnologia da Transferência de Cuidados possibilitou diversos ganhos, dentre quais destacamos: a) a qualificação do atendimento de Pediatria: as transferências propiciaram atendimento dos usuários no nível adequado de cuidado; b) o menor custo para o usuário que se deslocava do seu bairro para atendimento de saúde e agora tem este atendimento ofertado próximo à sua residência; c) o esclarecimento à família de que o usuário pertence ao SUS e sua inserção no sistema é dinâmica; d) a ampliação de vagas para crianças que realmente necessitam de atendimento em um ambulatório de referência; e) a possibilidade de ofertar o “modus operandi” da transferência de cuidados, para outras unidades de saúde de média e alta complexidade do SUS.

## V. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União 20 set 1990.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 22 set 2017; seção 1.
4. Inacio Filho AR. Aspectos da linha de cuidado desenvolvida a partir do ambulatório geral de pediatria do Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, Dissertação [Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher]. Instituto Fernandes Figueira, 2010.
5. Duarte JG, Gomes SC, Pinto MT, Gomes MASM. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos?. *Physis* [periódicos na Internet]. 2012 [acesso em 5 jan 2018] ; 22( 1 ): 199-214. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000100011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100011>.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed.revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2006.
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
8. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Fev [acesso em 8 jan 2018]; 21(2):327-338. Disponível em:



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en).<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.

9. Departamento de Atenção Básica [homepage na internet]. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal no estado do Rio de Janeiro em dez de 2016 [acesso em 8 jan 2018]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php).