

O acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários

The access to Family Health Strategy from the users' perspective

Jéssica de Almeida Aires¹

¹ Graduada em enfermagem pela Universidade Católica de Brasília. Enfermeira do Hospital Regional de Santa Maria - HRSM – SES/DF

RESUMO

O acesso é fundamental para o cuidado de indivíduos e grupos sociais na Estratégia Saúde da Família.

Objetivo: analisar o acesso dos usuários em duas equipes de Estratégia Saúde da Família da cidade de Samambaia – DF, na perspectiva dos usuários.

Método: Estudo quantitativo, transversal e descritivo. As análises dos dados foram realizadas a partir da frequência simples e relativa de um questionário semiestruturado.

Resultados: houve predominância do sexo feminino, 311 (87,9%), jovens 162 (45,5%), com ensino médio completo e renda de dois salários mínimos. A maioria não apontou dificuldades no acesso e relatou conhecimento sobre o direito à saúde.

Conclusão: O estudo aponta a necessidade de organização dos serviços das equipes de Estratégia Saúde da Família para o alcance da universalidade e integralidade.

Palavras-chave: Acessibilidade aos serviços de saúde, Atenção Primária, Saúde da Família.

ABSTRACT

Access is essential for the care of individuals and social groups in the Family Health Strategy.

Objective: to analyze user access in two Family Health Strategy teams in the city of Samambaia - DF, from the users' perspective.

Method: Quantitative, cross-sectional and descriptive study. Data analysis was performed based on the simple and relative frequency of a semi-structured questionnaire.

Results: there was a predominance of females, 311 (87.9%), 162 young people (45.5%), with complete secondary education and income of two minimum wages. Most did not mention difficulties in access and reported knowledge about the right to health.

Conclusion: The study points out the need to organize the services of the Family Health Strategy teams to achieve universality and comprehensiveness.

Keywords: Accessibility to health Services, Primary Care, Family health.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada coordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}. Dispõe de ações preventivas, curativas, de diagnóstico e tratamento de doenças, principalmente aquelas caráter crônico, buscando minimizar danos e agravos.^{1,2} Na Atenção Primária à Saúde, o acesso é considerado uma das ferramentas fundamentais para o cuidado eficiente de indivíduos e coletividades nos serviços de saúde, em especial, na Estratégia Saúde da Família (ESF).²

A Atenção Primária à Saúde se organiza por meio de ações assistenciais ofertadas pela Estratégia Saúde da Família, sendo portanto uma das principais portas de entrada para o Sistema Único de Saúde e comumente o primeiro contato do usuário.³ Esse nível de atenção tem como fundamentos e princípios: a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, a acessibilidade, o acesso integral e humanizado, a equidade e a universalidade, indo de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.³

Em linhas gerais, o acolhimento pode ser considerado uma importante estratégia direcionada aos usuários nos serviços de saúde a fim de garantir o acesso no sistema de saúde.⁴ Além do acolhimento, ações de prevenção e promoção da Atenção Primária à Saúde também viabilizam o acesso aos usuários e colabora na redução da

mortalidade e morbidade por causas evitáveis na população.⁵ É notável a importância dessas ações, porém é de relevância as ações de vigilância em saúde nos territórios, que também compõe essa linha de atenção à saúde.⁶

Como exemplo da importância do acesso na Atenção Primária em Saúde, em conjunto com outras ações de saúde, pode-se citar a redução nas taxas de Mortalidade Infantil no Brasil em crianças menores de 01 anos nos últimos anos.⁷ Por outro lado, ações de garantia do acesso à saúde não garantem, de maneira isolada, melhorias nos indicadores de saúde como pode ser exemplificado nos estudos onde apontam que, com os cortes em investimentos na área da saúde como a crise econômica e o ajuste fiscal, houve uma contribuição para o aumento na mortalidade infantil e materna no Brasil.⁵

No Distrito Federal, a Portaria distrital nº 77 de 14 de fevereiro de 2017 estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde nessa região e trata da sua organização. Dentre outras questões, essa portaria visa assegurar o acesso por meio do acolhimento e da escuta qualificada dos usuários de forma a garantir o atendimento de suas demandas de saúde, inclusive as agudas, a partir das suas necessidades em saúde.

A Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017 do Distrito Federal ampliou a cobertura de equipes

de Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal. Tal Portaria buscou, por meio das evidências em saúde que estão em torno da ampliação da Atenção Primária em Saúde, fortalecer e consolidar a Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal.^{8,9}

Neste sentido, o presente estudo orienta-se pelo princípio da universalidade e tem como objeto de atenção os usuários assistidos na Atenção Básica em Saúde. Teve como objetivo geral analisar o acesso dos usuários em duas equipes de Estratégia Saúde da Família da cidade de Samambaia – DF, na perspectiva dos usuários. Além disso, o presente estudo teve como pergunta orientadora “como se caracteriza o acesso, sob as perspectivas dos usuários, em duas equipes de Estratégia Saúde da Família de Saúde de Samambaia - DF?”.

Espera-se que, a partir deste estudo, seja possível fornecer subsídios para futuras pesquisas relacionadas ao acesso na Atenção Primária à Saúde. Por fim, destaca-se a importância de discussões e estudos relacionados ao acesso na Atenção Básica em saúde, pois esse nível de complexidade do sistema é o mais próximo da vida das pessoas em que se espera ocorrer o primeiro contato do usuário ao sistema de saúde. Espera-se que a partir da garantia do acesso, a população possa ter as suas necessidades em saúde escutadas e respondidas de forma equitativa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva e transversal o qual utilizou um questionário semi-estruturado. Foi realizado em duas equipes de Estratégia em Saúde da Família (ESF) situadas, respectivamente, em duas Unidades Básicas localizadas em Samambaia-DF, a saber: UBS-A com horário de atendimento de 07 às 19 horas de segunda à sexta, e das 07 às 12 horas aos sábados, tendo no período de pesquisa 13.321 pessoas cadastradas contando com quatro equipes de Saúde da Família; e a UBS-B que funciona apenas de segunda à sexta das 07 às 17 horas, tendo no momento da pesquisa 3.021 pessoas cadastradas contando com duas equipes de Saúde da Família. Além das equipes de Estratégia Saúde da Família, a UBS-A é composta por um laboratório, uma farmácia e uma equipe de Saúde Bucal (eSB). Enquanto a UBS-B conta apenas com as equipes de Estratégia Saúde da Família e não conta com laboratório, farmácia e equipe de Saúde Bucal.

A população do estudo foi constituída por 354 pessoas cadastradas em duas equipes de Estratégia Saúde da Família. Equipe de ESF-A cadastrada na UBS-A e Equipe de ESF-B cadastrada na UBS-B localizadas na cidade de Samambaia – DF. O tamanho da amostra foi definido por meio do método de amostragem aleatório simples. Foi levado em consideração o erro de 5%, a partir do intervalo de confiança de 95%. Para a seleção da amostra foi realizado um cálculo amostral no aplicativo Excel, a partir de 4.000 indivíduos cadastrados nas duas equipes de Estratégia Saúde da Família, localizadas nas respectivas Unidades Básicas de Saúde. Considerou-se uma estimativa de que cada equipe de ESF apresentava no mínimo 2.000 indivíduos cadastrados, visto que o cadastramento das equipes ainda não estavam concluídos.

Os critérios de inclusão foram: Indivíduos maiores de 18 anos; indivíduos cadastrados na área de abrangência das equipes de ESF das duas Unidades Básicas de Saúde; indivíduos assistidos em qualquer serviço de saúde oferecidos pelas equipes das UBS; indivíduos que já procuraram se consultar nas equipes das UBS ao menos uma vez no ano de 2017 e 2018. Enquanto os critérios de exclusão, foram: indivíduos que nunca procuraram atendimento de profissionais de saúde nas duas equipes das Unidades Básicas de Saúde; indivíduos que participam de Práticas Integrativas em Saúde nas respectivas unidades, mas que não são cadastrados na área de abrangência; indivíduos que comparecem as duas unidades de saúde apenas para inserir pedidos médicos no sistema de regulação e que são exclusivamente acompanhados por outros pontos de atenção à saúde do Distrito Federal .

O presente estudo utilizou a dissertação “O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família”¹⁰ como referência. Foi utilizado o questionário do mesmo estudo, de forma adaptada, para a coleta de dados.

Coleta de dados:

Para a coleta de dados, os usuários cadastrados nas duas equipes de ESF das respectivas UBS foram selecionados por conveniência, mas que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão deste estudo. Foi aplicado um questionário semi-estruturado e adaptado¹⁰.

A coleta de dados ocorreu durante 45 dias, no período de fevereiro a março de 2019, no horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. Do total da amostra, foi aplicado o questionário em 180 indivíduos na equipe de ESFA – A da UBS-A e 174 na equipe de ESF-B da UBS-B. O questionário foi respondido nas dependências das UBS e na presença da pesquisadora em forma de entrevista, a qual esteve disponível no ato de preenchimento dos questionários para sanar quaisquer dúvidas que os indivíduos viessem apresentar. A pesquisadora disponibilizou informações aos participantes à ação executada, a qual não foi gravada por qualquer meio.

Para atender às exigências da Resolução CNS nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi aprovado Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, sob número CAAE:96767218.0.3001.5553. Após a aprovação, foi solicitada a cada participante a autorização livre e esclarecida para responder ao questionário semi-estruturado.

O questionário foi dividido em duas partes, sendo que a primeira continha informações quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes, enquanto a segunda parte procurava identificar as características de acesso nas duas equipes de ESF localizadas nas UBS- A e UBS-B. Em relação à segunda parte, o instrumento contava com as seguintes perguntas estruturadas: qual o conhecimento do participante sobre a saúde ser um direito?; se o participante enfrentou alguma barreira de acesso ao serviço de saúde no último ano; o motivo da barreira no acesso ao serviço de saúde; e a avaliação do participante em relação ao atendimento. Além dessas perguntas, o instrumento continha às seguintes questões: “Você tem alguma dificuldade para ter acesso e usar os serviços de saúde quando necessário?”; “Você conseguiu os medicamentos receitados? Se não, Especifique.”; “Quanto tempo esperou entre a solicitação da consulta e o atendimento?”; “Quanto tempo esperou para ser atendido?”.¹⁰

Para análise dos dados, foi utilizado o pacote *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 22.0, o qual foram realizadas as análises da frequência simples e relativa das variáveis presentes dos estudos.

RESULTADOS

Perfil sócio-demográfico

Participaram do estudo 354 pessoas, sendo 180 indivíduos na equipe de ESF-A da UBS-A e 174 na equipe de ESF-B na UBS-B, em ambas as equipes houve predominância do sexo feminino, tendo um quantitativo de 158 (87,8%) na ESF-A, e na ESF-B quantitativo de 153 (87,9%). Em relação a idade, houve uma variação entre 18 a 85 anos, a mediana da idade foi de 37 anos, a média 39,27 anos e o desvio padrão 15,17 anos na ESF-A. Enquanto na ESF-B a idade variou de 18 a 79 anos, a mediana de idade foi de 39 anos, a média de 40,35 anos e o desvio padrão foi de 14,57 anos.

Os participantes foram predominantemente jovens (de 18 a 35 anos) representando um total de 162 (45,5%) indivíduos jovens, enquanto os idosos representaram 39 (11,0%) dos participantes. Quanto a cor, predominou a cor parda, em ambas as equipes correspondendo a 207 (58,5%) dos entrevistados. No que diz respeito à escolaridade predominou o ensino médio completo, tendo um quantitativo de 66 (36,7%) na ESF-A, enquanto na ESF-B o quantitativo foi de 61(35,1%) participante com ensino médio completo.

A média de renda por participante em ambas as equipes foi de 1.699 reais; a mediana 1.200,00 e o desvio padrão 1.642,00. A renda mínima foi de 400,00 reais e a máxima de 20.000,00 reais. Ainda sobre a renda, 85 (24,0%) recebiam salário mínimo, 42 (11,9%) de um até dois salários mínimos. Destaca-se que o salário mínimo por ocasião da coleta de dados era de R\$998,00. Em relação ao tratamento de água e esgoto, predominou a rede pública de abastecimento 344 (97,2%), os demais participantes. Tais informações podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1

Características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa em duas equipes de Estratégia Saúde da Família em duas Unidades Básicas de Saúde, Samambaia-DF, 2019.

Variáveis	ESF-A		ESF-B	
	Nº	%	Nº	%
Sexo: feminino	158	87,8	153	86,9
Raça: parda	112	62,2	95	54,6
Escolaridade: Ensino médio completo	66	36,7	61	35,1
Religião: católica	78	43,3	71	40,8
Renda: Um salário mínimo	39	21,7	46	26,4
Abastecimento de água: Rede pública	175	97,2	169	97,1

Fonte: Autoria própria.

Acesso aos serviços de saúde

Sobre o direito de utilizar o Sistema Único de Saúde, 345 (97,5%) dos participantes afirmam ter conhecimento sobre seu direito de utilizar o sistema, sendo que desses, 175 (97,2%) eram participantes da ESF-A, e 170 (97,7%) participante ESF-B.

Em relação a dificuldade em acessar o serviço de saúde, 93 (51,7%) dos participantes da equipe ESF-A da UBS-A afirmam não ter dificuldade no acesso, enquanto 81 (45%) apontaram ter dificuldade no acesso. Na equipe ESF -B 94 (54%) dos participantes afirmam não ter dificuldade no acesso e 78(44,8%) apontam ter dificuldade, sendo que desses 64 (46,8%) apontaram necessidade de uma farmácia na UBS-B.

Em relação a qualidade do atendimento, 171 (48,3%) dos participantes em ambas as equipes afirmaram que o atendimento é bom; 77 (21,8%) afirmaram que o atendimento é regular; sete (2,0%) afirmaram que o atendimento é ruim; e sete (2,0%) afirmaram que o atendimento é muito ruim.

Quanto a prescrição de medicamentos, aos que afirmaram ter recebido a prescrição de medicamentos, na ESF-A da UBS-A 51 (28,3%) afirmam ter conseguido pegar a medicação e 36 (20%) apontaram não ter conseguido os medicamentos por não estar disponível na unidade. Na equipe ESF-B da UBS-B 25 (14,4) afirmaram ter conseguido os medicamentos e 78 (44,8%) apontaram não ter conseguido os medicamentos por não ter farmácia na unidade. Tais informações podem ser visualizadas na Tabela 2.

Tabela 2

Características do acesso aos serviços de saúde em duas equipes de Estratégia Saúde da Família de duas Unidades Básicas de Saúde, Samambaia-DF, 2019.

Variáveis	ESF-A		ESF-B	
	Nº	%	Nº	%
Sabem que tem direito à saúde	175	97,2	170	97,7
Tem dificuldade no acesso	81	45	78	44,8
Qualidade do atendimento:				
Bom	82	45,6	89	51,1
Ruim	2	1,1	5	2,9
Regular	38	21,1	39	22,4
Conseguiu os medicamentos	51	28,3	25	14,4

Fonte: autoria própria

Referente à equipe de ESF-A da UBS-A, a média de tempo que os participantes esperaram entre a solicitação da consulta e o atendimento em dias foi de 13,97; a mediana foi de 7,00 dias e o desvio-padrão 18,75 dias, o tempo de espera variou de 01 a 90 dias. O tempo de espera para ser atendido em minutos foi em média 39,08 minutos, sendo que a mediana foi de 30,00 minutos e o desvio - padrão 25,41 minutos, o tempo de espera para ser atendido variou de 02 a 99 minutos.

Referente a equipe de ESF- B da UBS-B, a média do tempo, em dias, que os participantes esperaram entre a solicitação da consulta e o atendimento foi de 20,59 dias, sendo que a mediana foi de 15,00 dias e o desvio-padrão de 21,71 dias. O tempo máximo de espera para uma consulta foi 90 dias. O tempo de espera para ser atendido na própria UBS, em minutos foi em média 67,39 minutos, sendo que a mediana foi de 52,50 minutos e o desvio padrão 57,93 minutos. O tempo máximo de espera na UBS para ser atendido, foi de cinco horas. Tais informações podem ser visualizadas na Tabela 3.

Tabela 3

Características do acesso aos serviços de saúde nas duas equipes de Estratégia Saúde da Família em duas Unidades Básicas de Saúde, Samambaia-DF, 2019.

Variáveis	ESF-A			ESF - B		
	Média	Mediana	Desvio- padrão	Média	Mediana	Desvio padrão
Tempo de espera entre a solicitação da consulta e o atendimento	13,97	7,00	18,748	20,59	15,00	21,710
Tempo de espera, em minutos, para ser atendido na UBS	39,08	30,00	25,406	67,39	52,50	57,926

Fonte: autoria própria

DISCUSSÃO

No estudo houve predominância do sexo feminino na participação da pesquisa, o que traz à reflexão sobre a cultura da mulher em procurar mais os serviços de saúde em detrimento dos homens, ou do serviço de saúde não estar organizado para o acolhimento e cuidado em saúde do homem, conforme apontam alguns estudos¹². Alguns estudos¹² destacam que o acesso dos homens nos serviços de saúde, principalmente no âmbito preventivo, pode estar relacionado à variável cultural o que pode interferir tanto na adesão ao cuidado quanto nas medidas de atenção integral.¹² Assim, a Atenção Primária segue com o desafio de ampliação do acesso da população masculina aos serviços de saúde.¹²

O nível de escolaridade interfere diretamente no processo saúde-doença da população, assim como a renda. No que diz respeito à escolaridade predominou o ensino médio completo, tendo um quantitativo de 66 (36,7%) na equipe ESF-A da UBS-A, enquanto na equipe ESF-B da UBS-B o quantitativo foi de 61(35,1%). Tais determinantes sociais em saúde têm relação com o perfil de adoecimento de uma determinada população, uma vez que podem interferir no processo saúde-doença.¹¹

Destaca-se que 50% dos participantes das duas equipes de ESF não possuem dificuldade no acesso, no entanto, 40% dos participantes apontaram dificuldade no acesso. Assim, pode-se ressaltar que, de maneira geral, os participantes não encontraram dificuldade no acesso nas duas equipes de ESF localizadas, respectivamente, nas UBS-A e UBS-B na cidade de Samambaia-DF o que reforça a importância de que a Estratégia Saúde da Família é a porta preferencial do usuário no sistema de saúde. Porém, destaca-se que, mesmo que a maioria dos participantes tenham relatado que não enfrentaram dificuldades no acesso, ainda há uma parcela considerável que enfrenta dificuldade no acesso.

Tal observação pode estar relacionada ao fato de que, até o ano de 2011, o Distrito contava com uma cobertura de apenas 28,17%. Além disso, os serviços não estavam organizados para o atendimento do cuidado em saúde, o cuidado em saúde priorizava o atendimento médico e o modelo em saúde tradicional. Ainda até o ano de 2016, a rede de atenção à saúde estava organizada em uma lógica que não valorizava a Atenção Primária em Saúde o que reforçava o cuidado em saúde

organizado por meio do modelo biomédico e fragmentado em saúde.¹³

A Portaria nº 77/2017 e a Portaria nº 78/2017 contribuíram consideravelmente para a ampliação da cobertura de equipes de Saúde da Família em todo o Distrito Federal. Uma das medidas foi expansão do horário de funcionamento em unidades que possuem 4 ou mais equipes saúde da família, com horário de 07 às 19 horas durante a semana e de 07 às 12 horas aos sábados, garantindo assim, uma maior cobertura para a população adscrita. A UBS-A, por exemplo, se enquadra neste aspecto.¹³

Em relação ao direito à saúde e a utilização do SUS, 97,5% dos participantes de ambas as equipes de ESF relataram saber que tal direito está garantido por lei. Tais resultados apontam para a importância da defesa do SUS quanto à garantia do direito à saúde, pois apesar do número alto de participantes que reconhecem o SUS como um direito, ainda há uma pequena porcentagem que ainda necessita compreender que a saúde é um direito reconhecido por meio de lei.

A Portaria distrital nº 77 de 14 de fevereiro de 2017 estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e trata da organização da Atenção Básica em Saúde no Distrito Federal. Dentre outras questões, essa portaria visa assegurar o acesso por meio do acolhimento e a escuta qualificada dos usuários de forma a garantir o atendimento de suas demandas de saúde, inclusive as agudas, a partir das suas necessidades em saúde.¹³

Nas duas equipes de ESF, o tempo de espera entre a marcação de consulta e o dia do atendimento, variou entre um e 90 dias de espera. Já no momento de espera pela consulta na UBS, no dia agendado do atendimento, o tempo de espera variou de dois a 99 minutos na equipe de ESF-A, enquanto que os participantes da pesquisa da equipe de ESF-B afirmaram que chegam a esperar até 5 horas, sendo que a média de espera por atendimento nesta unidade é de 2 horas.

Para tais achados, destaca-se a importância do acolhimento que “visa resgatar a relação de solidariedade profissional-usuário e a agilidade do acesso na Atenção Primária à Saúde”¹⁴, pois por meio do acolhimento o tempo de espera entre a marcação de consulta, bem como o tempo de espera na Unidade pode ser otimizado por meio do direcionamento responsável. Além disso, também

se destaca a importância da atuação do trabalho interdisciplinar e do agendamento por horário das consultas para redução do tempo de espera das consultas. Tais propostas também estão previstas na Portaria nº 77/2017¹³.

Em relação à satisfação do atendimento nas equipes em questão, 40% a 50% os participantes afirmam que o atendimento é bom. Tal avaliação teve influência da dificuldade de acesso aos medicamentos, pois 20% dos participantes da UBS-A apontaram que os medicamentos não estavam disponíveis na referida unidade. Enquanto na UBS-B, 44,8% dos participantes da equipe ESF-B apontaram não terem conseguidos medicamentos por não haver farmácia na unidade.

Mesmo com tantos avanços para garantir o acesso em saúde da população no Distrito Federal, a partir dessa pesquisa, foi possível observar que alguns obstáculos dificultam o acesso aos usuários de saúde, tais como, organização do serviço por meio do acolhimento, organização das agenda por meio de consultas com horário agendado, estruturação das Unidades Básica de Saúde com o fornecimento de medicamentos. Destaca-se que, apesar de não ter sido expresso nos resultados da pesquisa, também faz-se importante a vinculação de equipes interdisciplinares, por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, a organização da rede de Atenção em Saúde e a vinculação de atividade previstas nas Práticas Integrativas em Saúde para o alcance da Universalidade e Integralidade do cuidado.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa analisou o acesso dos usuários aos serviços de saúde oferecidos pela Atenção Primária à Saúde. A partir dos resultados foi possível identificar que alguns determinantes em saúde que podem vir a interferir no acesso à saúde, tais como: escolaridade, trabalho, renda, organização dos serviços de saúde, organização do sistema de saúde como um todo.

Em síntese, os participantes eram predominantemente do sexo feminino, jovens, da cor parda, com ensino médio completo e renda em torno de dois salários mínimos. O acesso pelos usuários foi facilitado, mas com algumas sugestões quanto tempo de espera para o acesso às consultas e às medicações nas farmácias. Sugere-se a organização do serviço de saúde por meio do acolhimento e organização das agendas por meio do agendamento dos horários.

O estudo pode contribuir para a organização dos serviços e tomadas de decisão em relação ao acesso na Estratégia Saúde da Família. Por outro lado, destaca-se a importância da participação popular em tais decisões por meio de alternativas de controle social e diálogos com trabalhadores e gestores. Acredita-se que a organização dos serviços de saúde por meio do acolhimento, participação das equipes multiprofissionais e agendamento dos horários de atendimento, podem ser alternativas para ampliar o acesso, além de buscar a integralidade e a equidade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Morosine MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. 116.ed. Rio de Janeiro: Saúde Debate; 2018.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). 23 ed. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva; 2018.
3. Amaral RC. Saúde da Família: A importância dos grupos operativos na promoção e assistência à saúde na área de abrangência da unidade básica de saúde de Vitória II no município de Montes Claros. Belo Horizonte; 2018.
4. Pereira LHNR. Acesso Humanizado: uma proposta para unidade básica de Saúde. Belo Horizonte; 2017.
5. Reis V. Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018.
6. Mendes A, Carnut L. Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde? 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em saúde. João Pessoa(PB):Abrasco; 2019.
7. Jaqueline CL, Alexandre MM, Neuber JS, Arturo AZZ, Olga AT. Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. Mato Grosso: ciência e saúde coletiva; 2017.
8. Brasil,Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.
9. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. 2. ed. São Paulo: Saúde e Sociedade; 2017.
10. Fernandes HCL. O acesso aos serviços e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 100. 2010.
11. Borde E, Álvarez MH, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. Saúde debate 106. ed., Rio de Janeiro, 2015.
12. Carneiro VSM, Adjunto RNP, Alves KAP. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. Umuarama, Paraná: Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR; 2019.
13. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Souza HM, Quito MV, Gottems LBD, Versiane LM, Leuzzi S, Macinko JA. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: A conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde.. Cien Saude Colet: periódico na internet; 2019.
14. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. 1. ed. Rio de Janeiro: Saúde pública-saúde em debate; 2018.
15. Cirino S, Gonçalves LA, Gonçalves MB, Cursi ES. Modelo não linear de localização de instalações de serviços de saúde com indicador de acessibilidade incorporado. Santa Catarina: Cad. Saúde Pública; 2018.
16. Rocha SEM, Lima RCD et al. Concepções de qualidade do cuidado na Atenção Básica: a vocalização do usuário. 1. ed. Fortaleza-Brasil: 7º Congresso IBERO-Americano em Investigação Qualitativa em Saúde ciai; 2018.
17. Lima SAV et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. 2. ed. Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Coletiva; 2015.
18. Arruda CAM, Bosi, MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, 2017.
19. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. 65. ed. Ribeirão Preto-SP: Comunicação Saúde Educação; 2017.