

UNIVERSIDADE TIRADENTES
DIREÇÃO DA ÁREA DE SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

ANA CÁSSIA ALVES DE CARVALHO
EMÍLIA CRISTINA LIMA SANTANA MORAIS

ANÁLISE DAS FRAGILIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA ENQUANTO PORTA DE
ENTRADA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS NO BRASIL

Aracaju

2015

ANA CÁSSIA ALVES DE CARVALHO
EMÍLIA CRISTINA LIMA SANTANA MORAIS

ANÁLISE DAS FRAGILIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA ENQUANTO PORTA DE
ENTRADA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS NO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à
Coordenação de Enfermagem da Universidade
Tiradentes – UNIT, para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Lenilson S. da Trindade.

Aracaju

2015

ANA CÁSSIA ALVES DE CARVALHO
EMÍLIA CRISTINA LIMA SANTANA MORAIS

ANÁLISE DAS FRAGILIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA ENQUANTO PORTA DE
ENTRADA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS NO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à
Coordenação de Enfermagem da Universidade
Tiradentes – UNIT, para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Lenilson S. da Trindade.

Data de Aprovação: 12/06/2015

BANCA EXAMINADORA:

Orientador: Prof. MSc. Lenilson Santos da Trindade

1.º Examinador: Naiane Regina O. Goes Reis

2.º Examinador: Rosana Queiroz Gurgel

Aracaju

2015

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
1 INTRODUÇÃO	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE	

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1- Mudança da proposta nos níveis de atenção à saúde.....	16
--	----

LISTA DE TABELA

TABELA 1- Comparação da média da proporção de internações hospitalares (SUS) entre regiões do Brasil	21
---	----

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1- Relação das publicações selecionadas com seus respectivos autores, ano de publicação e títulos	12
--	----

ANÁLISE DAS FRAGILIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA ENQUANTO PORTA DE ENTRADA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS NO BRASIL

¹Ana Cássia Alves de Carvalho
²Emília Cristina Lima Santana Moraes
³Lenilson Santos da Trindade

RESUMO:

O acesso ao Sistema Único de Saúde é organizado em três níveis de assistência: a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), Atenção Secundária e Atenção Terciária onde a AB tem caráter coordenador e a sua proposta de resolutividade deve se refletir na diminuição das internações hospitalares. Em todo o país independente dos níveis sociais e econômicos é percebido a ampla procura em outros níveis de assistência em casos que poderiam ser resolvidos em serviços mais simples com menor densidade tecnológica, o que leva a um problema significativo de acesso e de desempenho dos serviços na atenção secundária e terciária. É pertinente que se discuta o tema por perceber que apesar do processo de reorientação do modelo assistencial em andamento e expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF), o usuário mantém como preferência o atendimento médico em prontos-socorros e hospitais, o objetivo é analisar através da revisão de literatura a AB como porta de entrada para os serviços de saúde do SUS no Brasil e qual motivo relacionado à procura por outros níveis de assistência, antes de buscar a AB.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Centros de Saúde, Sistema Único de Saúde.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes do 10º período – anacassia.enf@hotmail.com

² Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes do 10º período – emilialmorais@hotmail.com

³ Docente do curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes – lenilsontrindade@msn.com.br

ANALYSIS OF THE WEAKNESSES OF PRIMARY CARE AS DOOR ENTRY FOR SUS
HEALTH SERVICES IN BRAZIL

¹Ana Cássia Alves de Carvalho
²Emília Cristina Lima Santana Moraes
³Lenilson Santos da Trindade

ABSTRACT:

Access to the Health System is organized into three levels of care: Primary Health Care (PHC) or Primary Care, Secondary Care and Care Tertiary where AB coordinator has character and his resoluteness proposal should be reflected in decreased hospital admissions. Across the country independent of the social and economic levels is perceived widespread demand in other levels of care in cases that could be solved in the simplest services with less technological density, which leads to a significant problem of access and performance of departments in secondary and tertiary care. It is appropriate that we discuss the subject to realize that despite the reorientation of the care model of ongoing process and the implementation and expansion of the Family Health Strategy (ESF), the user holds as preferred medical care in emergency rooms and hospitals, the goal is to analyze through the AB literature review as a gateway to the SUS health services in Brazil and which related to demand why other levels of care, before seeking the AB.

Keywords: Primary Health Care, Health Centers, Health System.

¹ Undergraduate Nursing course of the Tiradentes University of the 10th period -
anacassia.enf@hotmail.com

² Nursing Undergraduate Course of Tiradentes University of the 10th period -
emilialmorais@hotmail.com

³ Nursing Course Lecturer at the University Tiradentes - lenilsontrindade@msn.com.br

1 INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) Lei 8.080/90, a saúde passou a ser um direito social, com a finalidade de modificar a situação de desigualdade na assistência de saúde prestada a toda população, sendo dever do estado prover as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde com o acesso universal e igualitário (BRASIL, 1990).

O acesso ao Sistema Único de Saúde é organizado em três níveis de assistência: a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), Atenção Secundária e Atenção Terciária. A APS tem caráter coordenador onde é atribuída a tarefa de resolução, organização e responsabilização, onde deve ofertar resolutividade nos serviços, uma assistência integral e os hospitais e prontos-atendimento, devem ser utilizados apenas quando exijam maior complexidade tecnológica de forma que as doenças ou agravos sejam tratados no nível de complexidade adequada (AZEVEDO; COSTA, 2010; MENDES, 2011).

Em todo o país independente dos níveis sociais e econômicos é percebida a ampla procura por outros serviços em casos que poderiam ser resolvidos com acesso mais simples e menor densidade tecnológica. Percebe-se que se a estratégia de organização com os três níveis de assistência fossem utilizadas de maneira adequada não teriam números tão elevados de internações hospitalares e nem mesmo grandes taxas de mortalidade, principalmente em crianças (VAN et al., 2008; BARRETO et al., 2012).

Apesar da organização do sistema é percebido que a hierarquia estabelecida não é obedecida pelos usuários e os mesmos não adotam em sua totalidade, a AB como porta de entrada e continuam uma busca direta e preferencial pelos serviços de urgência e emergência, o que preocupa os gestores de saúde porque acarretam uma sobrecarga de trabalho desses serviços e dificultam a qualidade da assistência. É importante também considerar que a procura por atendimento em condições de resolutividade pela atuação da atenção primária, acaba gerando um problema significativo de acesso e de desempenho dos serviços de maior densidade tecnológica (BARRETO et al., 2012; RATI et al., 2013).

O objetivo é Analisar as fragilidades da Atenção Básica enquanto porta de entrada para os serviços de saúde do SUS no Brasil, por meio de uma análise dos motivos relacionados à procura por outros níveis de assistência, antes de buscar a Atenção Básica e descrever as fragilidades na atuação da Atenção Básica.

É pertinente que se discuta o tema por perceber que apesar do processo de reorientação do modelo assistencial em andamento e da implantação e expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF), muitos usuários mantém a procura direta à atendimentos médicos

em prontos-socorros e hospitais. A grande ocorrência deste comportamento mostra a necessidade de melhor compreendê-lo.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura que segundo Souza, (2010) consiste em uma ferramenta metodológica utilizada em pesquisa, baseando-se no conhecimento científico, permite ampla abordagem de estudos, proporciona o conhecimento através da síntese do tema abordado e possibilita aplicar o estudo na atuação prática através dos resultados alcançados.

A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2014 a Abril de 2015. O levantamento bibliográfico foi realizado através de uma busca nas bases de dados virtuais em saúde, especificamente na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências de Saúde), SCIELO (Biblioteca Científica Eletrônica Virtual), Manuais e Resoluções do Ministério da Saúde, com ano de publicações antigas e atuais, mas que são referências no assunto ainda hoje.

Foram utilizados no levantamento de dados os descritores: “Atenção Primária à Saúde, Centros de Saúde, Sistema Único de Saúde”. Foi realizado agrupamentos das palavras-chave da seguinte maneira: Atenção Primária à saúde/Centros de Saúde/Sistema Único de Saúde.

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos dos últimos 10 anos, fontes nacionais, publicações em língua portuguesa disponíveis por via online e gratuitamente, referências não atuais, porém clássicos no assunto de saúde pública e outras literaturas que abordam as temáticas propostas, respeitando os aspectos éticos atendendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os artigos foram publicados entre os anos 1997 a 2014. Foram excluídas as publicações que não estão disponibilizadas na língua portuguesa ou que não estavam disponíveis integralmente. Após a coleta de dados foram cadastrados como amostra 33 fontes de literatura, sendo 32 artigos e 01 tese de dissertação.

O artigo em questão atende aos critérios e normas éticas. Não foi necessária a aprovação do comitê de ética em pesquisa (CEP) para a sua elaboração, por se tratar de uma revisão bibliográfica que não envolve em nenhuma etapa de sua execução, pesquisa direta com seres humanos, e foi realizado através da análise de periódicos disponibilizados publicamente.

Os benefícios desta revisão literária estarão focados no acesso à informação para usuários, gestores e profissionais que permitirá aprofundar conhecimentos sobre a temática.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para execução da coleta de dados foi elaborado um roteiro de observação para o levantamento de literatura (VER QUADRO 1), onde foram preenchidas todas as fontes utilizadas. O roteiro permitiu a obtenção de informações como: publicação, nome do autor (s), ano e título.

Quadro 1: Relação das publicações selecionadas com seus respectivos autores, ano de publicação e títulos

Publicações	Autores	Ano	Título
Caderno de Saúde Pública	CECÍLIO	1997	Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.
Jornal de Pediatria	KOVASCS et al.	2005	Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro.
Caderno de Saúde Pública	GIOVANELLA	2006	A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990.
Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação	AZEVEDO e COSTA	2007	Acesso à Atenção à Saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada.
Semina: Ciências Biológicas e da Saúde	BATISTELA et al.	2008	Os Motivos de Procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referido pelos pais ou responsáveis.
Arquivos de Ciências da Saúde.	FRIEDRICH e PIERANTONI	2008	O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora.

Sociologia Urbana	OLIVEIRA; SIMOE; e ANDRADE	2008	A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros.
Caderno de Informação BMJ	VAN et al.	2008	Manchester sistema de triagem no atendimento de emergência pediátrica: prospectivo estudo observacional.
Caderno de Saúde Pública	CAMINAL e CASANOVA	2009	Evolução da atenção primária e hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Marco conceitual.
Fiocruz Políticas e sistemas de saúde	GIOVANELLA e MENDOÇA	2009	Atenção primária à saúde.
Caderno de Saúde Pública	GIL	2009	Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.
Revista Ef Desportes	VALENTINE e SANTOS	2009	Evolução de Serviços de Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos.
Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação	AZEVEDO e COSTA	2010	A entrada estreita do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família (ESF).
Revista Eletrônica de Enfermagem	SILVA; MOTTA; ZEITOUNE.	2010	A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES.
Ciênc. saúde coletiva	BREHMER e VERDI	2010	Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários.
Caderno de Saúde Pública	CASTRO e MACHADO	2010	A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal.
Revista Baiana de Enfermagem	MEDEIROS e MELO	2010	MEDEIROS, D. B; MELO, C. M. M. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura.

Caderno de Saúde Pública	SILVA e CALDEIRA	2010	Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	SIMONS	2010	Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Emergência em Maceió, Alagoas.
Revista de Saúde Pública	SOUZA et al.	2010	Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.
Einstein online	SOUZA	2010	Revisão integrativa: o que é e como fazer.
Revista Gaúcha de Enfermagem	CORRÊA et al.	2011	Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família.
Fisioter. Mov	FREZ e NOBRE	2011	Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública.
Organização Pan-Americana da Saúde	MENDES	2011	As Redes de Atenção a Saúde.
Caderno de saúde Pública	UCHOA et al.	2011	Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.
Caderno de Saúde Pública	BARRETO; NERY e COSTA	2012	Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil.
Caderno de saúde Pública	OLIVEIRA et al.	2012	A política de saúde brasileira e memória social de profissionais.
Escola Anna Nery - Revista Enfermagem	QUEIROZ; ROCHA e SOUZA	2012	Atenção básica à saúde: Avaliação de estrutura e processo.
Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil	TRAVASSOS e CASTRO	2012	Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde.

Revista Encontro de Pesquisa em Educação	BISCARDE e SOPELETE	2013	Acesso aos Serviços de Saúde na Realidade Brasileira: Sugestões para superação de alguns desafios.
Texto Contexto Enfermagem	MARIN et al.	2013	Fortalezas e Fragilidades do Atendimento nas Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela Ótica dos Usuários.
Ciência & Saúde Coletiva	RATI et al.	2013	“Crianças não podem esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes.
Ciência & Saúde Coletiva	RODRIGUES et al.	2014	A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No contexto atual, a Atenção Básica conta com a Estratégia Saúde da Família (ESF), constituída como o primeiro nível de atenção para o acesso aos serviços de saúde no Brasil. No entanto, observam-se alguns limites do acesso aos serviços básicos. Para entender se faz necessário um apanhado histórico das políticas de Saúde.

Na década de 80 a saúde brasileira vivia baseada num modelo hospitalocêntrico, onde a prática era médica, curativa e individualizada. Mas importantes mudanças começaram a surgir ao longo dessa década, pois buscava-se um novo modelo de saúde que garantisse um sistema integral, universal e descentralizado (AZEVEDO,2007).

Ainda nesta década, o modelo era médico-assistencial privatista e a pratica era curativista e individual em detrimento as relações coletivas e o acesso era específico para a população urbana pela cobertura previdenciária. Era centrado na assistência medica especializada, hospitalocêntrico, sem organização de redes hierarquizadas, ou seja, muito custo e baixa resolutividade (SILVA e CALDEIRA, 2010).

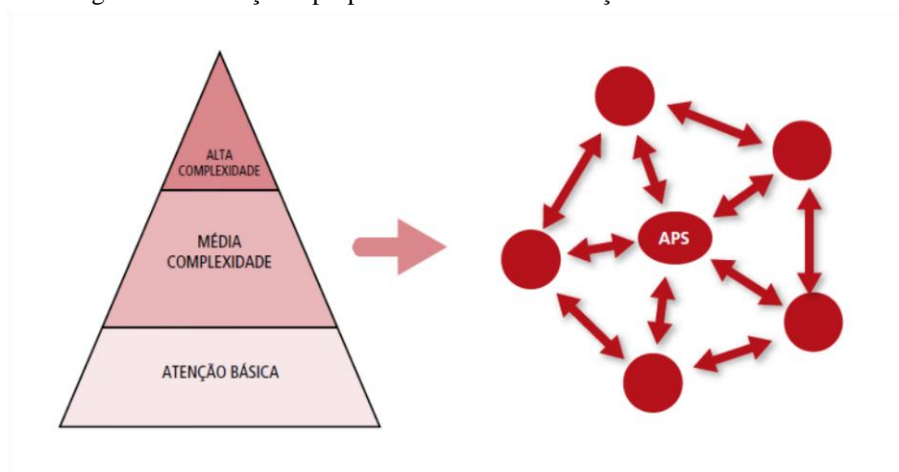
A carta Magna de 1988 determina que a Saúde é um direito de todos e dever do Estado e os serviços de saúde devem se organizar de forma regionalizada e hierarquizada, constituindo assim um sistema único. A Saúde também inaugura seu novo conceito, de uma forma mais ampliada, onde não é mais vista apenas como ausência de doenças, mas sim como resultante de todo um contexto sanitário, social, político, cultural e econômico. E o individuo é analisado de forma coletiva e onde está inserido (BRASIL, 1988).

No Brasil, com a necessidade de fortalecer e consolidar uma saúde pública de acesso universal foi instituído o Sistema Único de Saúde, na busca de atender a essa nova realidade. Houve a necessidade de reorientação do modelo assistencial e a Atenção Primária a Saúde ou Atenção Básica (AB) teve um papel fundamental para modificar o modelo assistencial presente tornando-se um referencial para a organização do sistema. Atualmente o acesso deve ser universal e igualitário e deve ser ordenado pela APS como porta de entrada preferencial na Rede de Atenção a Saúde (RAS) (GIL, 2009; BRASIL, 2011).

O sistema de saúde deve se organizar de forma que permita o acesso em todos os níveis de assistência e em seus três níveis de atenção, onde está representado por uma pirâmide. Na base estão as unidades básicas de saúde, oferecendo assistência integral e grande resolutividade, na parte intermediária estão os ambulatorios atendendo em nível secundário e no ápice desta pirâmide está o nível terciário que abrange os serviços hospitalares de maior complexidade. O objetivo da pirâmide é a possibilidade de orientar um fluxo ordenado, onde as necessidades do indivíduo sejam trabalhadas no nível de complexidade adequada (CECILIO 1997).

Entretanto as relações de complexidades pelos três níveis vistas de outra perspectiva estão totalmente equivocadas por saber que Unidade Básica de Saúde (UBS) é responsável por resolver a maioria dos problemas da população, sendo usadas tecnologias de alta complexidade, onde a atenção secundária e terciária utilizam tecnologias de maior densidade e não de maior complexidade, e esse conceito mal empregado leva à banalização da UBS por todas as pessoas, tanto os profissionais de saúde quanto a população. A concepção de pirâmide deve ser substituída pela rede poliárquica adotando as relações horizontais para um melhor funcionamento do sistema atual (MENDES, 2011).

Figura 1- Mudança da proposta nos níveis de atenção à saúde



Fonte: As Redes de Atenção à Saúde, MENDES, 2011.

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família, que desde o final da década de 1990 vem sendo reconhecido pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de organização da APS no país. É vista como um meio capaz de garantir a expansão, qualificação e a consolidação da atenção primária a saúde no Brasil. A cobertura populacional chega a 95% diz uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em dezembro de 2010, onde 5.294 dos municípios brasileiros adotaram esse modelo e ao todo havia 31.660 equipes de saúde da família instaladas (IBGE, 2010).

O PSF, denominada agora, como Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como princípios a família como foco de abordagem, em um território delimitado e com a adscrição de toda a clientela que ali reside, na qual tem total responsabilização sobre esta. O trabalho em equipe é interdisciplinar visa a integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE ,2010).

A ESF está fundamentada na formação de equipes multiprofissionais, devendo ser composta por um médico da família ou generalista, um enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de saúde (ACS) suficientes para cobrir 100% da população cadastrada, respeitando o teto máximo de um ACS para cada 750 pessoas e de 12 ACS por equipe. Cada equipe poderá ser responsável por até 4.000 habitantes, sendo a média recomendada pelo MS de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 coloca que “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. E os profissionais devem:

Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe; Realizar o cuidado em saúde da população adscrita; Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local; Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; Garantir a integralidade da atenção por meio de realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravo, curativas e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização de ações programáticas e de vigilância à saúde; Realizar busca ativa e

notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
(BRASIL, 2006)

A UBS e sua equipe são responsáveis por receber, escutar e atender de forma humanizada as demandas e garantir a continuidade do serviço até a sua resolutividade. A UBS deve oferecer a sua população ações contínuas de saúde além de realizar visitas domiciliares para captar os usuários e realizar busca ativa dos que não frequentam a unidade de saúde, dessa forma os usuários pertencentes ao território da unidade básica são de responsabilidade da equipe como principal ponto de referência para a procura de atendimento, dentro desse contexto as Equipe de Saúde da família tem sido a principal estratégia para conhecer e atender os problemas de saúde da população no âmbito individual e coletivo (BRASIL 2011).

A ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas e desde então vem se expandindo sensivelmente com a intenção de cobrir toda a população no país, este crescimento se tornou primordial à garantia do acesso a partir da atenção básica, assumindo assim a função de porta de entrada do SUS (GIOVANELLA, MENDOÇA, 2009).

A expansão da cobertura da atenção básica proporcionada pela ESF tem sido espantosa e sua população adscrita em breve deve, coincidir com toda a população mais necessitada do Brasil. Em uma das capitais do nordeste brasileiro, de 2000 para 2010, o número de equipes cresceu 730%, o que possibilitou um salto, na cobertura populacional, de 6,5% em 2000 para 51% em 2010 (RECIFE, 2010).

Porém, a ideia de “porta de entrada”, presente no sistema da AB e frente às ESF, apresenta-se, segundo Cecílio (1997), inconsistente com um modelo que almeja realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em sua totalidade. Para Friedrich e Pierantoni (2008), a forma de organização do processo produtivo das equipes apresentam sérias contradições no propósito dessa estratégia e a demanda dos usuários. Para tais autores, a ESF desenvolve-se predominantemente de forma isolada e fragmentada, prejudicando o aspecto destes serviços como “porta de entrada”, comprometendo o acesso integral ao sistema de saúde.

No cenário atual, Azevedo e Costa, (2010) compartilham com essa opinião ao afirmar que a oferta desses serviços parece não satisfazer as necessidades dos usuários, pois

não oferece integralmente o acesso, limitando na prática, os objetivos da Atenção Básica e das ESF onde a expansão ainda que importante não implica o acesso efetivo.

Uchoa et al., (2011) pontua ainda que, apesar da ampliação da rede básica está contribuído para melhor acessibilidade geográfica, existe uma desproporção entre a oferta dos serviços, capacidade no atendimento e resolução na demanda existente, isso leva ao comprometimento na atenção e no acesso as unidades.

Na análise do sistema Sopelete e Biscarde, (2013) relatam sobre a organização e abordam que os problemas estão em grande quantidade com consequentes dificuldades na sua resolução, levando a baixa efetividade na AB, ocasionando à sobrecarga das demais instâncias, persistência de seletividade e comprometimento da acessibilidade dos usuários.

É importante verificar as relações entre o serviço de saúde, os profissionais e os usuários. Para Medeiros, (2010) a qualidade nessas relações é observada através de atitudes de humanização, solidariedade e cidadania e estas atitudes vão interferir diretamente na qualidade da assistência prestada levando ao reflexo direto no grau de satisfação dos usuários.

A satisfação pode ser definida como resultado de uma prestação de serviço bem executada e que supriu a necessidade do usuário, sendo este resultado determinado também por aspectos pessoais, sociais e experiências individuais de cada usuário, assim pode-se concluir que o grau de satisfação da assistência prestada pode ser diferente para cada individuo (FRÉZ; NOBRE, 2011).

Corrêa (2011), afirma também que o atendimento e prestação de serviço com excelência nos serviços de saúde não deve ser avaliada apenas pela quantidade de pessoas atendidas, o mais importante neste aspecto é que a demanda seja suprida com ênfase na qualidade.

Partindo deste pressuposto Souza, (2010) evidencia o fato de que não é necessário apenas agendar a consulta, realizar procedimento técnico, perguntar sobre as queixa e orientar, é necessário muito além deste mecanicismo, pois a qualidade do atendimento requer comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudar a descobrir alternativas para o problema enfrentado pelo usuário.

Em uma pesquisa realizada por Medeiros, (2010) quanto à resolutividade do serviço na AB, apenas 20,8% acham que o serviço deixa a desejar e a maior quantidade de pessoas entrevistadas 79,2% consideraram o serviço satisfatório. Porém para Azevedo (2010) quanto a percepção de facilidade de acesso e satisfação dos usuários se dar devido a baixa expectativa em relação aos serviços públicos onde a demora na prestação dos atendimentos e

outros aspectos já são esperados pelos mesmos, sendo apenas o fato de conseguir o atendimento um fator importante de satisfação.

Dentro deste contexto no âmbito infantil, o Ministério da Saúde incorporou ao PSF em 1996 a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) com o intuito de promover a redução de mortalidade pelas doenças de maior prevalência na infância e em 2002 para complementar as ações já existentes, lançou o caderno da Atenção Básica, incorporando a puericultura com o objetivo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudáveis na infância este acompanhamento é feito na UBS com orientações relacionadas a alimentação, vacinação, higiene entre outros, bem como a avaliação contínua do peso, altura, desenvolvimento, vacinação, estado nutricional e intercorrências, sendo registrado todos os procedimentos, cuidados e orientações no cartão da criança. Enfatizando a responsabilidade da AB dentro dos princípios norteadores do cuidado na saúde infantil, com responsabilidade em prestar o cuidado integral (BRASIL,2002).

O Ministério da Saúde identificou que o Programa Saúde da Família causou uma considerável diminuição do número de internações e mortes em crianças e atribuiu isso ao acompanhamento, garantia de acesso e criação de programas direcionados a esse grupo, principalmente em crianças menores de cinco anos, que por meio de ações específicas como o controle das doenças diarreicas agudas, controle de doenças respiratórias agudas, os programas de imunizações, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno entre outras medidas, proporcionou uma maior acreditação ao PSF, fazendo com que as crianças sejam assistidas de forma integral. (BRASIL, 2002; OLIVEIRA et al., 2012).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde mostra uma comparação média da proporção de internações hospitalares (SUS) entre as regiões do Brasil, de acordo com um agrupamento de doenças que mais acometem crianças na faixa etária de 0 a 4 anos de idade, sendo elas: doenças infecciosas e parasitárias, do aparelho respiratório, do aparelho digestivo, doenças por causas externas e do aparelho geniturinário. Diante da evidência da procura por hospitais como primeira instância, nota-se que as principais causas são evitáveis, na sua grande maioria, se as UBS tivessem resolutividade, já que a Atenção Primária à Saúde baseia-se na promoção à saúde e na prevenção de agravos, agindo e reduzindo a necessidade de internação (DATASUS, 2009; OLIVEIRA, 2008).

TABELA 1: Comparação da Média da Proporção de Internações Hospitalares (SUS), entre as regiões do Brasil, das crianças de 0 a 4 anos, por grupos de doenças no período de 1998 a 2007.

Grupos de Doenças	Regiões					p-valor
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Infeciosas e parasitárias	31.7±1.7a	28.7±1.6b	15.1±1.1cd	15.5±1.2de	20.1±2.4f	<0.0001
Do aparelho respiratório	37.7±2.7a	38.4±1.9a	40.2±1.3ac	44.2±3.7bc	42.7±1.4c	<0.0001
Do aparelho digestivo	5.8±0.5a	4.4±0.4ab	5.8±0.5a	6.6±1.3a	6.7±2.2ac	0,001
Causas externas	2.2±0.2a	1.8±0.1b	3.4±0.1c	2.8±0.2d	2.4±0.1a	0.00*
Do aparelho geniturinário	2.1±0.1a	1.8±0.2a	2.8±0.4b	2.1±0.2a	2.1±0.3a	<0.0001

FONTE: Ministério da Saúde/SE/DATASUS,2009.

Para Caminal, (2009) a proposta de resolutividade da APS deve se refletir na diminuição das internações hospitalares, essas hospitalizações por causas sensíveis à atenção básica, são um indicador indireto da efetividade do sistema de saúde, partindo do pressuposto que as internações decorrentes destas doenças evitáveis não receberam atenção de saúde devida, levando a um agravamento que exigirá a hospitalização. Devem ser traçados objetivos voltados para utilizar a hospitalizações de crianças, somente, quando uma determinada doença não puder ser tratada no nível de atenção primária.

Neste contexto Rati, (2013) relata que é notória a grande procura direta pelos serviços de urgência e emergência por responsáveis de crianças, ainda que não sejam claros os motivos. A ampliação da AB e a propagação do PSF com o objetivo de ser a principal escolha de atendimento no sistema não resolveu de forma completa o fluxo aos serviços de maior densidade tecnológica.

Estudos mostram que na prática, as UBS na sua maioria não estão sendo adotadas como porta de entrada para os usuários, pesquisas realizadas em outras duas cidades do nordeste Recife e Maceió, mostraram que menos de 18% da demanda infantil nos hospitais eram compatíveis com o potencial de densidade tecnológica oferecida, onde o principal motivo da procura relatado pelos responsáveis foi a garantia de resolutividade pelo maior potencial tecnológico (KOVACS et. al., 2005; SIMONS et al., 2010).

Um estudo realizado por Giovanella (2006) constata que as potencialidades da APS em sua análise teórica se sobressai sobre as fragilidades uma vez que essa almeja aspectos importantes, destacando os avanços na integração da ESF à rede assistencial, o aumento da oferta desta modalidade de APS, a institucionalização de novas práticas na atenção voltada para a integração assistencial com programas de educação, a implantação de

protocolos e outros. Pontua também que em alguns territórios onde é claro o compromisso político com a APS, tem-se observado avanços na saúde dos usuários e os resultados alcançados ainda que singelos sejam significativos na resolubilidade, integralidade e equidade.

Para Castro; Machado, (2010) é possível perceber avanços na atenção primária com a ampliação das ações preconizadas pelo MS na atenção básica, como também a contribuição de outros profissionais a estratégia pela criação do NASF e outros programas de saúde voltados à formação de recursos humanos e educação permanente, o que possibilita vislumbrar e observar mudanças no enfrentamento de problemas existentes.

Porém um estudo de revisão literária realizado por Rodrigues (2014) evidenciou que os grandes desafios enfrentados pela APS para ser porta de entrada e assumir o papel de coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) foram apontados principalmente: a falta de política institucional direcionada ao fortalecimento da APS, a representação social das comunidades sobre este ponto de atenção, a falta de legitimidade social, a visão restrita de gestores que não a compreendem na sua totalidade, destaca ainda a insuficiência de recursos qualificados.

As situações mais críticas citadas por Azevedo (2010) foram descritas pelos próprios usuários em sua pesquisa e estão divididas em 3 dimensões:

A primeira foi a dimensão organizacional: demora em conseguir a consulta, mau funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, comprometimento do acesso a especialidades, excesso no número de pessoas adscritas na área de abrangência das equipes, demora na sala de espera, para receber o atendimento, demora no recebimento dos resultados dos exames, baixa resolubilidade da ESF, particularmente pela ausência de atendimento a pequenas urgências, levando a sobrecarga nos outros níveis de assistência.

A segunda foi a dimensão sociocultural: despreparo dos profissionais e usuários quanto à organização e execução de ações conjuntas, baixa capacidade de perceber a AB na perspectiva coletiva.

E em terceiro a dimensão econômica, este envolvem os dois aspectos, positivo, por ser favorável que o domicílio de cada usuário está próxima à unidade, porém Rodrigues (2014) faz uma importante ressalva sobre este aspecto, onde afirma que embora exista a organização na distribuição geográfica das unidades, a oferta de serviços e profissionais não condizem com a real necessidade da população, e o aspecto negativo, por relatarem despesas com medicamentos e outros insumos uma vez que, nem sempre existem medicações disponíveis na rede básica de saúde.

Travassos e Castro, (2012) destacam como barreiras de acesso, Barreiras Organizacionais: pontuando organização dos serviços, tipo e qualidade de recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam, horário de funcionamento limitado, tempo de espera, acolhimento, qualidade técnica e tipo de profissional disponível; Barreiras de Informação: que tem impacto na percepção de saúde dos usuários, e percepção no conhecimento limitado sobre seus direitos no acesso aos serviços.

Segundo Brehmer, (2010) as principais limitações do acesso à saúde correspondem às precariedades das estruturas físicas das unidades e a escassez dos recursos humanos, onde os locais são insuficientes para atender com qualidade a demanda dos usuários, sendo justificado pela ausência de um espaço físico adequado. O outro limite destacado é a falta de profissionais nas equipes, onde a demanda é expressiva, porém, a organização dos profissionais para suprir está muito abaixo do desejável para se tornar o ideal para um atendimento de qualidade. Este fato reflete negativamente, pois a incapacidade de atender todos os usuários e de cumprir as exigências do sistema, caracterizando profissionais exaustos da carga horária que exercem e insatisfeitos ao desenvolver as atividades.

Diante de uma pesquisa realizada por Rocha, Sousa, Queiroz et. Al. (2012) em Campina Grande, há uma grande precariedade em algumas instalações das UBS avaliadas. Os principais resultados apontam ausência de espaços físicos importantes com expurgo, sala de esterilização, sala de reunião e consultório odontológico, onde repercute negativamente nas atividades consideradas essenciais. Quanto ao mapeamento e acessibilidade do portador de limitações físicas ou para idosos demonstrou uma realidade alarmante, onde a maioria demonstrou-se estruturalmente inadequadas, por decorrência da utilização de espaços físicos já existentes, onde são apenas adaptados. Outro aspecto citado relacionado as limitações das ESF foi a falta de interesse por alguns profissionais, compondo equipes pouco comprometidas com a execução do cuidado a população, levando com isso a procura cada vez menos dos usuários por acreditar que a Unidade não seja resolutive.

Para Marin, (2013) a percepção do usuário para a melhoria da AB, apontados pelos autores como fragilidades, deixa claro a lacuna do serviço como porta de entrada, uma vez que os usuários não relatam em sua maioria, encontrar o suporte e alcance necessário para tecnologias necessárias, sendo a AB compreendida muitas vezes como uma burocratização para o acesso aos serviços de saúde.

Uma pesquisa realiza na cidade do Rio de Janeiro, sobre as práticas de saúde desenvolvidas pela população apontou que, por não encontrar suporte necessário na AB, os usuários procuram o atendimento no serviço de urgência para qualquer necessidade de saúde,

evidenciando que esse princípio de porta de entrada não é respeitado, ignorando a hierarquização prevista pelo sistema (OLIVEIRA, 2008).

Apesar da organização das redes foi percebido que a procura por hospitais é bem maior que a procura pela unidade básica de saúde em cidades onde existe acesso hospitalar, onde é referido descrédito ou subvalorização. Neste Contexto os usuários acreditam que no ambiente hospitalar eles estão melhores assistidos quando comparado à unidade básica, o que acarreta uma preocupação por parte dos gestores de saúde, causando uma sobrecarga de trabalho e refletindo na qualidade da assistência prestada. (BARRETO et al., 2012; CECÍLIO, 1997; BATISTELA et al., 2008; KOVACS et al., 2005).

Valentim e Santos (2009) afirmam que os serviços de AP não são capazes de atender toda a população que chega na porta de entrada, mesmo com todos os esforços das políticas públicas de saúde, ocasionando um aumento considerável na procura por atendimentos em outras instancias.

Para Castro (2010), é possível inferir que ocorreram avanços na atenção primária à saúde, contudo permanece continua o desafio na configuração e adequação no modelo de para este nível de atenção, sendo necessário prover condições para melhoria de recursos técnicos e assistenciais para fortalecer a porta de entrada no país.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde por ser uma política recente e em construção, tem resultados positivos, porém sua totalidade ainda não foi capaz de atender toda a demanda de acesso a esse serviço. O SUS teve a capacidade de romper um paradigma de divisão e passou a ofertar saúde como um direito de todos e direcionando este dever ao Estado, hoje esse sistema constitui um dos maiores sistemas público de saúde no mundo além de desenvolver programas de saúde de qualidade.

A criação da Atenção Primária à saúde merece sua devida valorização, uma vez que este modelo contribuiu parcialmente para a ordenação dos serviços ofertados na saúde pública, e na sua teoria vislumbra a integração entre todos os pontos de atenção melhorando o fluxo no serviço.

Existem muitos desafios a serem superados pelo sistema de saúde vigente bem como na AB, é perceptível que os problemas encontrados ao longo dos anos não foram superados e a persistência destes levou a somatização nas necessidades de adequações e mudanças. Torna-se importante considerar que as ações deste serviço como porta de entrada não deve ser considerada um fracasso, porém precisam passar por mudanças que levem a superação dos aspectos necessários. Esses problemas não superados interrompem a capacidade da APS ser considerada o primeiro ponto de referência pelos usuários e consequentemente reorganizar o sistema.

As evidências demonstram que a Atenção Primária deveria ter a capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, de reabilitação e de promoção da saúde.

A utilização da Atenção Básica como porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro melhorou muito desde a criação do Programa Saúde da Família, seja ampliando o acesso das populações aos serviços, disponibilizando ações de promoção, prevenção e tratamento. Porém, muitos desafios precisam ainda ser enfrentados para que se alcance mais equidade. Destacam-se a valorização da APS na rede de serviços de saúde, o financiamento adequado, o preparo efetivo dos profissionais, a humanização nos atendimentos, a participação social e uma melhor relação entre o serviço, os profissionais e os usuários para aumentar a resolutividade da APS e o cuidado de focar as necessidades em saúde da população.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Ana Lucia Martins; COSTA, André Monteiro. Acesso à Atenção à Saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. **Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação**. v.11, n.25. Abril 2007.

AZEVEDO; Ana Lucia Martins; COSTA, André Monteiro. Entrada estreita do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação**. v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010.

BARRETO, Jorge Otávio Maia; NERY, Inez Sampaio; COSTA, Maria do Socorro Candeira. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, mar. 2012.

BATISTELA, Simoni; GUERREIRO, Natália Paludeto; ROSSETTO, Edilaine Giovanini. Os Motivos de Procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referido pelos pais ou responsáveis. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 121-130, jul./dez. 2008.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo S.A., MESP, 1988.

_____. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1 Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2ª. ed. rev. Brasília, 2002.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica, n.11, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2002.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2004.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, Série A - Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Política Nacional da Atenção Básica, série Pactos pela Saúde, volume 4, Brasília, 2006.

_____, **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Política Nacional da Atenção Básica. Ministério da Saúde - PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, Brasília, 2011.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº466/12 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos; SOPELETE, Mônica Camargo. Acesso aos Serviços de Saúde na Realidade Brasileira: SUGESTÕES PARA SUPERAÇÃO DE ALGUNS DESAFIOS. **Revista Encontro de Pesquisa em Educação**. Uberaba, v. 1, n.1, p. 140-153, 2013.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva vol.15** suppl.3 Rio de Janeiro Nov. 2010.

CAMINAL, Josefina; CASANOVA, Carmem. A Evolução da atenção primária e hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Marco conceitual. Atenção Primária, **Cad. Saúde pública**. 2009.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (4):693-705, abril de 2010.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n.13, p. 469-478, jul-set 1997.

CORRÊA, Áurea Christina de Paula; FERREIRA, Flávia; CRUZ, Graziela Souza Pinto; Pedrosa, Inês de Cássia Franco. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, 2011. Disponível em: Acesso em: 12 de maio 2015.

DATASUS. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **DATASUS**; 2009. Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php> Acesso em fevereiro de 2015.

FRÉZ, Andersom Ricardo; NOBRE, Maria Inês Rubo de Souza. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioter. Mov.** Paraná, v. 24, n. 3, p. 419-428, jul./set. 2011. Disponível em: Acesso em: 12 de maio 2015.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERANTONI, Célia Regina. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.16, n.1, p.83-97, 2008.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Publica** 2006; 22(5):951-963.32.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Fiocruz Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro, 2009.

GIL, R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública** v.22 n.6 Rio de Janeiro, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 27 de abril de 2015.

KOVACS, Maria Helena; FELICIANO, Katia; SARINHO Sílvia; VERAS, Ana Maria. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, 2005.

MARIN, Maria José Sanches; MARCHIOLI, Milton; MORACVICK, Maria Yvette Aguiar Dutra. Fortalezas e Fragilidades do Atendimento nas Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela Ótica dos Usuários. **Texto Contexto Enferm**, Jul-Set; 22(3): 780-8 Florianópolis, 2013.

MEDEIROS, Deybson Borba de; MELO, Cristina Maria Meira de. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. **Rev. Baiana de enfermagem**, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 75-80, jan./dez. 2010.

MENDES, Eugênio Vilança. As Redes de Atenção a Saúde, **Organização Pan-Americana da Saúde** 2º ed. Brasília - DF, 2011.

OLIVEIRA, Alessandra Coelho de; SIMÕES, Rodrigo Ferreira; ANDRADE, Mônica Viegas. A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. **Sociol. Urbana**, Caxambu- MG – Brasil, 2008.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; SÁ, Celso Pereira de; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; RAMOS, Raquel de Souza; PEREIRA, Noraisa Alves, SANTOS, Weena Costa Rocha dos. A política de saúde brasileira e memória social de profissionais. **Cad Saúde Pública**. 2012 Jan; 24 (1):197-206.

QUEIROZ, Daiane de; ROCHA, Ana Carolina Dantas; SOUZA, Carolina Pereira da Cunha. Atenção básica à saúde: Avaliação de estrutura e processo. **Escola Anna Nery - Revista Enfermagem**, Nº 54 Abril-junho 2012. Campina Grande PB.

RATI, Rose Meire Silva; GOULART, Lúcia Maria Horta de Figueiredo; ALVIM, Cristina Gonçalves; MOTA, Joaquim Antônio César. “Crianças não podem esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18 n.12 p.3663-3672, 2013.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Cadernos de informação**: 2001-2010. Recife, 2010.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira; SILVA, Patricia Costa dos Santos; PERUHYPE, Rarianne Carvalho; PALHA, Pedro Fredemir; POPOLIN, Marcela Paschoal; CRISPIN, Juliane de Almeida; PINTO, Ione Carvalho; MONROE, Aline Aparecida; ARCÊNIO, Ricardo Alexandre. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciências e Saúde Coletiva**, São Paulo, 2014.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de saúde pública**, 2010.

SILVA Vanezia Gonçalves, MOTTA Maria Catarina Salvador, ZEITOUNI Regina Célia Gollner. A prática do enfermeiro na estratégia saúde da família. O caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vitória/ES,2010.

SIMONS, Dione Alencar. Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Emergência em Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, 2010.

SOUZA, Georgia de Araújo; MEDEIROS, Flávia; BARBOSA, Aldenísia Albuquerque; COSTA, Iris do Céu Clara Costa. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. saúde pública**. 12 (3): 402-413, 2010.

SOUZA, Marcela Tavares de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, 2010. [online]. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf> Acesso em 21 de Março de 2015.

TRAVASSOS, Cecília; CASTRO, Maria Simons. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2012.

UCHOA, Alice da Costa; SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas; ROCHA, Paulo de Medeiros. Acesso e

acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011.

VALENTINE, Eliane Maria; SANTOS, Célia Maria Costa. Evolução de Serviços de Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. **Revista Ef. Deportes**, v.139, n.14, p.1-7, 2009.

VAN, Hoorde; STEYERBERG, Calster; CHUNKY, Murillo; MEURS, jordan. Manchester sistema de triagem no atendimento de emergência pediátrica: prospectivo estudo observacional. **Cad. de Informação BMJ** 2008.