



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

KATHREIN KESLY GONCALVES SILVA

SISTEMATIZAÇÃO DA AGENDA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
PRIORIZAÇÃO DO ACESSO

SÃO PAULO
2020

KATHREIN KESLY GONCALVES SILVA

SISTEMATIZAÇÃO DA AGENDA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
PRIORIZAÇÃO DO ACESSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: VALERIA CALIL ABRAO SALOMAO

SÃO PAULO
2020

Resumo

Os serviços de saúde passam por problemas nas formas de organização e priorização do acesso ocorrendo uma inversão de porta de entrada da rede de atenção no SUS. A Atenção Primária em Saúde não consegue atender a demanda diária que aparece, colocando os pacientes em uma fila de espera que pode demorar semanas e até meses em busca de um atendimento médico. Muitas vezes, esses pacientes procuram as unidades de pronto atendimento e serviços de urgência e emergência que acabam absorvendo uma demanda de usuários que poderiam ser atendidos em outros pontos da rede. Esse projeto se baseia em organizar a agenda dos profissionais de saúde, principalmente de médicos na Atenção Primária em Saúde, visto a necessidade de uma estruturação dos processos de trabalho pautada em métodos que sistematizem a priorização do acesso. Sugere um modelo de agenda mista abordando parte do conceito de Acesso Avançado e as atribuições necessárias da atenção primária básica a fim de aumentar a capacidade de vagas de demanda espontânea e ampliar a acessibilidade. Também visa diminuir filas, diminuir o tempo de espera por um atendimento, melhorar o envolvimento da equipe nos processos de trabalho, diminuir o abstencionismo em consultas prolongadas e por fim melhorar os indicadores em saúde em um território.

Palavra-chave

Sistema Único de Saúde. Serviços de Saúde. Rede de Cuidados Continuados de Saúde. Organização e Administração.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Hoje a realidade encontrada no município de Sales Oliveira-SP e a mesma encontrada em outros municípios no interior do Brasil, os serviços de saúde passam por problemas na organização e estruturação das formas de acesso nas unidades básicas de saúde, provocando uma inversão de porta de entrada da rede de atenção no SUS.

A Atenção Primária em Saúde (APS) não consegue atender a demanda diária que aparece colocando os pacientes em uma fila de espera que pode demorar semanas e até meses em busca de um atendimento médico.

Muitas vezes, esses pacientes procuram as unidades de pronto atendimento e serviços de urgência e emergência em busca de um atendimento médico mais rápido do que o ofertado pelas unidades básicas de saúde, lotando esses serviços de pronto socorro, que absorvem uma demanda de usuários que poderiam ser atendidos em outros pontos da rede.

Essa lotação dos serviços de pronto atendimento consome tempo, recursos humanos, equipamentos e produz gastos financeiros os quais deveriam ser direcionados a pacientes em situações de urgência e emergência. Promove inversão dos princípios da Atenção Primária que deveria ser porta de entrada preferencial e canal de comunicação com as outras redes.

A APS deveria ofertar uma resolutividade de até 85% dos problemas de saúde da população adscrita ao seu território, além de promover o fortalecimento do vínculo e a continuidade do cuidado (CONASS, 2011).

Uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que o usuário consiga um atendimento de referência quando precisar. Oferecer um acesso facilitado atendendo grande parte dos problemas de saúde e necessidades da população deveria ser preocupação de cada gestor municipal de saúde.

Porém, o que se vê são profissionais de saúde sendo pressinados a atenderem um número elevado de pessoas diariamente, em busca de maior produtividade, para cumprir metas e diminuir filas, enquanto que o problema consiste na falta de critérios de acessibilidade e sistematização da agenda. Agendas lotadas geram pacientes desassistidos, insatisfeitos, diminui o tempo e a qualidade do atendimento e não permitem um planejamento e coordenação do cuidado.

Desta forma, faz-se necessário a criação de ferramentas e métodos que sistematizem a priorização do acesso de acordo com o perfil de cada unidade básica em saúde. E para isso é fundamental uma organização da agenda dos profissionais de saúde visando uma estruturação das formas de trabalho, a fim de potencializar as relações entre os membros da equipe e ampliar o acesso/ acolhimento para que mais pessoas sejam assistidas, realizando a promoção de saúde e prevenção de agravos.

Esse projeto de intervenção visa métodos de organização da agenda a fim de melhorar e ampliar o acesso na APS, o acolhimento e a triagem visando descongestionar a demanda agendada e reduzir as filas de espera pelo atendimento.

ESTUDO DA LITERATURA

Muitas vezes, pacientes não conseguem ser atendidos pela sua equipe no momento apropriado, resultando em demoras no cuidado e quebra na continuidade paciente-equipe (MURRAY; BERWICK, 2003).

Partindo dos objetivos centrais da Atenção Primária em Saúde que são: o acesso e a continuidade do cuidado, e observando que muitas Unidades de Saúde, em vários municípios, não conseguem absorver a demanda diária, apresentando agendas lotadas, faz-se necessário a discussão das formas de acesso, bem como da organização da agenda dos profissionais de saúde.

Uma Atenção Primária forte e resolutiva necessita de um amplo acesso, formas de acessibilidade facilitadas para que cada paciente que procura o serviço tenha um atendimento rápido, no horário mais apropriado e com a forma de agendamento otimizada.

Muitos profissionais não criam métodos de agendamento, acolhimento e triagem dos pacientes utilizando métodos engessados e ultrapassados, focando em consultas agendadas em detrimento de uma demanda espontânea e diária o que congestiona e aumenta a fila de espera por um atendimento.

“Os modelos tradicionais de agendamento organizam, de maneira geral, os atendimentos para datas futuras, resultando, muitas vezes, em demora na providência de cuidados. Dessa forma, acaba por favorecer o aumento do absenteísmo e comprometer a longitudinalidade (ao não assegurar ao paciente o atendimento com seu profissional de referência)” (Pires Filho et al, 2019, p. 606).

É justamente essa forma de gestão engessada em um modelo único de agenda, empregada em alguns municípios, que contribui para agendas lotadas, filas de espera de até 30 dias por atendimento, pacientes insatisfeitos e cada vez mais em adoecimento.

Com uma grande demanda, a gestão do município pressiona os profissionais para atenderem um número maior de pacientes em um curto intervalo de tempo, caindo a qualidade do atendimento e dificultando um olhar holístico pautado nas situações biopsicossociais de cada paciente, favorecendo o modelo pautado no agravo da doença.

Mas essa é a forma como a maioria dos municípios imaginam solucionar o problema de acesso e diminuir a quantidade de pessoas não atendidas, pois ainda não há aplicabilidade de critérios para acesso, organização, estrutura de agendamento e acolhimento da população.

O primeiro passo para que os profissionais não se sintam pressionados em priorizar o número de atendimentos em detrimento da qualidade dos mesmos, atendendo em tempo irrisório e focando apenas no modelo organicista de tratar queixas e doenças, é conscientizar a gestão municipal em saúde sobre a importância da prevenção e promoção em saúde, foco da APS, para que seja priorizado novos métodos de acesso de acordo com cada perfil da unidade.

“O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento

do serviço de saúde, partindo de três princípios: (1) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (2) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (3) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania". (Franco et al,1999, p.347)

Para confrontar esse problema, muitas pequenas e grandes Unidades de Saúde da APS no Brasil e fora do país iniciaram uma abordagem conhecida como Acesso Avançado (AA), acesso aberto, ou consultas do dia, além das formas de acesso convencional já conhecidas.

"O AA é um método de organização do agendamento, descrito primeiramente por Murray e Tantau³ em 2000, que permite aos pacientes buscarem e receberem cuidados em saúde de seu profissional de referência, no momento mais oportuno, em geral no mesmo dia. O AA tem uma regra de ouro: 'Faça hoje o trabalho de hoje!'. Essa regra permite a abordagem de condições crônicas, eventos agudos, demandas administrativas, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos pacientes, todos seguindo o mesmo método de agendamento, sem fragmentações. Não se divide a agenda por períodos reservados a grupos predominantes, como hipertensos, diabéticos ou tabagistas. A agenda permanece aberta, e seus horários são preenchidos diariamente, conforme a demanda." (Pires Filho et al, 2019, p. 606)

Nesse modelo de acesso o paciente consegue ser atendido no mesmo dia ou em até 48 horas após procura do serviço de saúde. Algumas cidades onde foi implantado esse sistema, estão adotando o prazo até uma semana e tem colhido bons resultados com melhoria do acesso e do abstencionismo das consultas.

Porém, existem aqueles que defendem que uma agenda pautada no acesso avançado dá ênfase nas demandas espontâneas em detrimento as demandas programadas, mantendo o foco sobre as condições agudas dos indivíduos, podendo perder o seguimento longitudinal das condições crônicas, uma vez que o usuário não sai com um planejamento e retorno, perdendo a assistência contínua e longitudinal, bases da atenção primária.

"Nos EUA, esse modelo foi bem sucedido, acelerando a entrada no sistema e reduzindo a pressão sobre os recursos clínicos. No entanto, a experiência na Inglaterra ocasionou a redução no agendamento de consultas em longo prazo e o aumento do número de consultas agendadas em 24 e 48 horas, sendo um dos fatores intervenientes na continuidade do cuidado. Dessa forma, o NHS criou um plano de melhoria do acesso incentivando a obtenção de consultas rápidas e a manutenção dos agendamentos de rotina, visando à continuidade do cuidado". (Rocha et al, 2015, p.98)

Sabe-se que o sistema de saúde não possui uma única e indiscutível verdade sobre qual a melhor ou mais vantajosa forma de acesso, este deve ser gerenciado de acordo com as individualidades de cada área de abrangência e também de acordo com a quantidade e características dos profissionais atuantes da equipe.

Existe vários modelos de acesso e agenda, exemplos de como abrir as portas e ter uma triagem adequada. Também devemos preocupar e considerar com as subjetividades e vulnerabilidades dos pacientes para a classificação da prioridade no atendimento. Dessa forma será proposto métodos de classificação para prioridade nos atendimentos para também otimizar o acesso.

AÇÕES

Esse projeto visa organizar a agenda dos profissionais de saúde, principalmente do médico na Atenção Primária em Saúde, pensando em uma melhor organização e otimização das formas de acesso, abrangendo parte do conceito de Acesso Avançado.

Será proposto um método de agendamento misto onde 50% das vagas de consulta médica serão ofertadas no regime de Acesso Avançado e 50% restantes atenderá uma demanda programada.

Esse modelo foi pensando no município de Sales Oliveira-SP, no PSF 1 onde há uma agenda médica desorganizada e uma estruturação das formas de acesso precária. Cerca de 90% das vagas de consulta do dia eram destinadas a demanda programada e apenas 10% destinadas a demanda espontânea, gerando uma fila de espera por um atendimento médico de até 4 semanas, fazendo com que a população procurasse atendimento nos serviços de urgência e emergência, lotando os mesmos com casos que deveriam ser resolvidos na Atenção Primária.

Além disso, há um grande número de pacientes que faltam em consultas programadas e um grande número que entendem que a Unidade Básica é um local apenas de renovação de receitas, realização de consultas de rotina e exames de check-up.

1) Primeiramente vamos estruturar a agenda que será dividida nas atribuições necessárias na atenção primária que são:

- ♦ Demanda Programada
- ♦ Demanda Espontânea
- ♦ Visitas Domiciliares
- ♦ Administrativo
- ♦ Atividades em grupo
- ♦ Café
- ♦ Educação permanente

Legenda da agenda	
	Consulta programada
	Demanda Espontânea
	Grupo
	Visita
	Administrativo
	Educação permanente
	Café

Demanda programada será toda demanda gerada de ação prévia a consulta, agendada previamente, e que constitui importante instrumento de ação em ações preventivas e de continuidade ao cuidado.

Demanda espontânea será toda demanda que procura o serviço de saúde, buscando atendimento devido alguma queixa aguda ou crônica ou por algum outro motivo, sem consulta agendada prévia.

As visitas domiciliares serão realizadas em um dia semana, no número de até 3 visitas, dando prioridade para idosos acamados ou para avaliação de risco familiar e realidade que estão inseridas.

As atividades de grupo serão realizadas duas vezes na semana e abrangerá o grupo de hiperdia, diabetes e atividade física juntos. Onde os 20 minutos iniciais serão para acolhimento dos pacientes com aferição de glicemia e pressão, 10 minutos para palestras e orientações e 30 minutos para atividade física tipo alongamento.

Administrativo será o tempo empenhado para renovação de receitas, reunião com a equipe, discussão de um caso clínico, realização de laudos ou outras atividades burocráticas.

Educação Permanente será 8 horas empregada, de acordo com o edital do programa Mais Médicos para atualização e estudos.

2) Após dadas as atribuições, realizar uma planilha da programação local onde utilize as horas de trabalho semanais, nos cinco dias de semana. Exemplo: 40 horas semanais (32 horas das demais atribuições e 8 horas de educação permanente).

Estipular um tempo aproximado para as demais atribuições, sendo de 20 em 20 minutos e uma legenda com cores para as atividades, buscando uma esquematização. Exemplos: 20 minutos por período de café, 20 minutos consulta médica, etc.

Como visitas domiciliares possuem o tempo de deslocamento será preciso padronizar 40 minutos por visita. Sendo cerca de 3 visitas na semana, total de 120 minutos por semana.

Assim como será necessário um tempo maior para as atividades em grupo: padronizar 60 minutos de atividades em grupos, sendo 2 vezes por semana, total de 120 minutos.

Para questões administrativas serão 20 minutos diários, total de 100 minutos por semana.

Café contemplará 20 minutos pela manhã e tarde, sendo 40 minutos diários, total de 200 minutos por semana.

Retirando os tempos padronizados, teremos o cálculo abaixo:

- * 32 horas x 60 (transformando em minutos) :1920 minutos.
- * 1920 minutos menos 540 minutos das atividades padronizadas: 1380 minutos destinadas a consultas medicas.
- * 1380 minutos que divididos por 20 minutos sai num total de 69 consultas semanais.

* 69 consultas divididas entre 50% para demanda programada e 50% para demanda espontânea.

Lembrando: sempre alternar os horários das duas demandas em dias diferentes para evitar engessar a agenda.

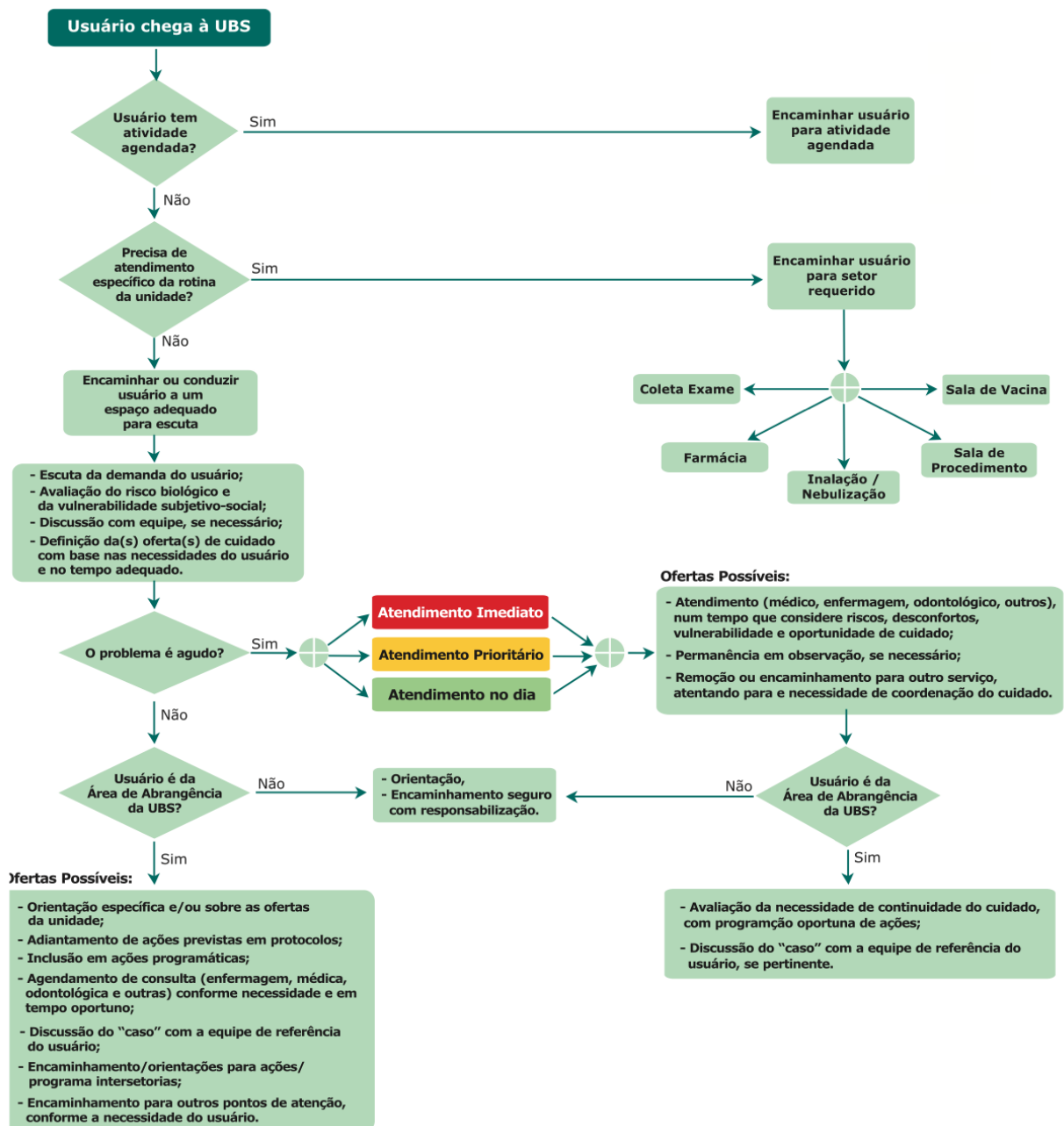
Manha					
Horario	segunda	terça	quarta	quinta	sexta
07:00	verde	amarelo	vermelho	amarelo	vermelho
07:20	verde	amarelo	vermelho	amarelo	vermelho
07:40	verde	amarelo	vermelho	amarelo	vermelho
08:00	verde	verde	vermelho	preto	vermelho
08:20	verde	verde	vermelho	azul	vermelho
08:40	verde	verde	vermelho	azul	vermelho
09:00	preto	preto	preto	azul	preto
09:20	vermelho	vermelho	verde	azul	verde
09:40	vermelho	vermelho	verde	azul	verde
10:00	vermelho	vermelho	verde	azul	verde
10:20	vermelho	vermelho	verde	vermelho	verde
10:40	vermelho	vermelho	verde	vermelho	verde
11:00	cinza	cinza	cinza	cinza	cinza

Tarde					
Horario	segunda	terça	quarta	quinta	sexta
13:00	verde	vermelho	verde	laranja	laranja
13:20	verde	vermelho	verde	laranja	laranja
13:40	verde	vermelho	verde	laranja	laranja
14:00	verde	vermelho	verde	laranja	laranja
14:20	verde	vermelho	verde	laranja	laranja
14:40	verde	vermelho	verde	laranja	laranja
15:00	preto	preto	preto	preto	preto
15:20	vermelho	verde	vermelho	laranja	laranja
15:40	vermelho	verde	vermelho	laranja	laranja
16:00	vermelho	verde	vermelho	laranja	laranja
16:20	vermelho	verde	vermelho	laranja	laranja
16:40	vermelho	verde	vermelho	laranja	laranja
17:00	vermelho	verde	vermelho	laranja	laranja

3) Após esquematização da agenda, estipular as formas de trabalho entre a equipe

para um acolhimento e triagem, lembrando que o acolhimento começa na própria recepção que deverá recepcionar o paciente, buscando coletar maior número de dados sobre o motivo da procura do serviço de saúde, a fim de direcionar corretamente e agilizar o processo. Toda equipe deve se comprometer com o ganho da capacidade de oferta da agenda transferindo do médico e enfermeiro funções que podem ser realizadas por outros profissionais.

4) Será aplicado o fluxograma do caderno de acolhimento a demanda espontânea, número 28 do Ministério da Saúde.



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

5) Lembrando que o acolhimento pós recepção poderá ser realizado pelo profissional da equipe que tem capacidade de ajudar o paciente, sendo qualquer membro da equipe, não necessariamente o enfermeiro. Exemplo paciente veio aferir pressão direciona para o técnico

em enfermagem ou para o agente comunitário em saúde capacitado. Dessa forma retira a sobrecarga que poderá acontecer na sala de acolhimento e alivia a sobrecarga do enfermeiro que deverá fazer a triagem da demanda espontânea com classificação de prioridades.

6) Envolver todos os profissionais da equipe disponíveis para oferecer os melhores recursos e tecnologias sempre analisando quem é o profissional mais adequado para ofertar o atendimento, se outro membro da equipe resolveria da mesma forma.

7) Maior envolvimento do enfermeiro no cuidado de pessoas, sendo fundamental um consultório próprio e, preferencialmente perto do consultório médico da sua equipe, a fim de facilitar a comunicação entre a equipe a as interconsultas. Além disso, compete ao enfermeiro a classificação de prioridades e será realizada pautada no caderno acolhimento a demanda espontânea na APS do ministério da saúde.

CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPOTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

<p style="text-align: center;">Situação não aguda</p> <p style="text-align: center;">Condutas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).• Agendamento/programação de intervenções.• Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
<p style="text-align: center;">Situação aguda ou crônica agudizada</p> <p style="text-align: center;">Condutas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratoria, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.• Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.• Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

8) Estipular um tempo limite de uma semana para resolução dos problemas que se apresentaram no dia a dia, baseada no método tente resolver hoje o que se apresenta hoje.

9) Definidas as prioridades seguem para consulta médica, lembrando que o tempo aproximado de 20 minutos para consultas médicas não é via de regra, foi proposto para uma esquematização e organização tangível da agenda. Sendo variável de acordo com cada caso,

tendo possibilidade de realizar consultas mais demoradas ou mais rápidas.

10) Partindo do pressuposto que os paciente que frequentam determinados grupos e são assíduos na unidade conseguem se adequar melhor a agenda, diminuir o tempo empregado em grupos específicos por patologias ou faixa etária diferente permite desfragmentar e flexionar a agenda para as pessoas que precisam do atendimento e recursos das equipes mais urgentemente.

11) Por último, evitar agendamentos prolongados que geram perda de tempo dos profissionais uma vez que o paciente pode faltar, ou porque o problema em questão já foi solucionado (seja porque passou no pronto atendimento, seja porque teve melhora dos sintomas agudos). Também evita que o paciente enumere uma lista de problemas que perduraram nesse tempo entre o agendamento e a consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

A Atenção Primária em Saúde deve incorporar a sua prática um cuidado centrado na pessoa sempre abordando de forma holística o contexto biopsicossocial em que o paciente está inserido, além de ser fundamental que ela seja forte e resolutiva buscando um amplo acesso e formas de acessibilidade facilitadas para que cada paciente que procura o serviço tenha um atendimento adequado.

Deve se realizar um acolhimento com qualidade, uma vez que ele é porta de entrada para o sistema público de saúde. O acolhimento organiza melhor o serviço, além de promover o maior vínculo do paciente com a equipe definindo a vulnerabilidade e o suporte que a equipe destinará para aquele usuário.

Um acolhimento estruturado por toda equipe e uma agenda dos profissionais de saúde organizada e sistematizada trará maior qualidade e acessibilidade aos serviços oferecidos na atenção primária.

Portanto, a implementação desse modelo de agenda organizada e estruturada, contemplando as atribuições necessárias da atenção básica de saúde, permitirá um aumento do número de consultas médicas voltadas para demanda espontânea, absorvendo a demanda diária, reduzindo filas de espera e a procura indevida dos serviços de pronto atendimento que não permitem a continuidade, coordenação dos cuidados e a construção do vínculo médico paciente.

Espera se que o tempo de espera por um atendimento seja reduzido e que o paciente tenha seu problema resolvido em até uma semana. Que seja abordado as principais atribuições necessárias na APS como consultas de demanda programa e espontânea, atividades em grupos, visitas domiciliares, educação continuada e por consequência a satisfação da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno da Atenção Básica n.28).

BRASIL, Prefeitura Municipal de Curitiba. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. 2014. 29p. Disponível em: <http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf> Acesso em: 15 de março de 2020.

CONASS, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Atenção Primária e Promoção de Saúde /Conselho Nacional de Secretária de Saúde Brasília: CONASS, 2011.

FRANCO, T.B., BUENO, W.S., MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública** 1999; 15:345-53.

MURRAY, M., BERWICK, D. **Acesso avançado: reduzindo filas e demoras na atenção primária à Saúde**. EUA, Rev. JAMA, v.289, n.8, p: 1035-40, 2003.

PIRES FILHO, Luís Antônio Soares et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 605-613, abril 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Mar.2020.

ROCHA, Suelen Alves; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; GODOY, Moacir Fernandes de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [1]: 87-111, 2016.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.