



Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes de Atenção à Saúde no Brasil

Arabella Barros de Melo , Thaisa Luiz Cardoso, Rubens Antônio Carvalho de Albuquerque, Francisco José de Aragão , Ana Julia Fernandes Sepulveda, João Eduardo Santos Teixeira, Mariel de Quadros Zimmermann, Gustavo Frizon Rodrigues, Jacyara Adrielle Bezerra Leite de Souza, Alvaro Dias de Alkmin Filho, Petra Queiroz da Silva Passos, Matheus Bugarin Araujo, Ravel Rangel de Oliveira, André Canidia Bezerra Bochoschi



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n7p273-287>

Artigo recebido em 25 de Maio e publicado em 05 de Julho de 2025

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

RESUMO

Sistemas de saúde universais orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam melhores resultados para a população. Este artigo apresenta a situação do acesso ao cuidado na APS brasileira, seus problemas, desafios e estratégias para sua superação. Realizou-se uma revisão narrativa, incluindo estudos quali e quantitativos. O acesso na APS aumentou com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas ainda permanece insuficiente. As principais barreiras ao acesso incluem: subdimensionamento/subfinanciamento da APS, excesso de usuários vinculados às equipes da ESF, número reduzido de Médicos de Família e Comunidade (MFC), com pouca interiorização/fixação, burocratização e problemas funcionais dos serviços, como rigidez nos agendamentos e priorização de grupos específicos (hipertensos, puericultura etc.). Para melhorar o acesso, é necessário aumentar o investimento federal na ESF, priorizando-a e expandindo-a, reduzir os usuários vinculados às equipes, ampliar a formação médica em MFC, explorar a clínica da enfermagem, diversificar os meios de comunicação com usuários, explorar a cogestão da equipe e flexibilizar as agendas dos profissionais. Conclui-se que, para fortalecer a APS, é estratégico estimular o acesso na ESF vinculado ao cuidado longitudinal.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos serviços de saúde; Sistema Único de Saúde

Access to care in Primary Health Care in Brazil: situation, problems and coping strategies

ABSTRACT

Universal health systems oriented by Primary Health Care (PHC) present better population outcomes. This article addresses the situation of access to care in Brazilian PHC. A non-systematic narrative review was carried out, which included published studies and empirical experiences in several services and municipalities. Three thematic axes guide the present study: (1) Current access situation in Brazilian PHC; (2) Problems and challenges; and (3) Strategies for expanding access in PHC. Research shows that access to PHC increased with the expansion of the Family Health Strategy (FHS), but still remain insufficient. The main barriers to access include: undersizing and underfunding of PHC, excessive patient-list linked to FHS teams, reduced number of specialist physicians, difficulty in interiorizing/fixing FHS professionals, and excessive municipal autonomy in the management of PHC services. To improve and qualify the access in PHC, it is necessary to increase federal investments, expand FHS coverage, reduce patient-list linked to FHS teams, increase medical training in family and community medicine, optimize nursing clinics, diversify communication media with users, and enhance appointment flexibility. In conclusion, to strengthen PHC it is strategical to stimulate access to longitudinal care.

Keywords: Primary Health Care; Health services accessibility; Unified Health System.

Autor correspondente: Arabella Barros de Melo - bellamelo@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

Há 40 anos, a Declaração de Alma Ata estimulou a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo. A APS requer melhorias sociais amplas. Pressupõe a indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento social, com ação intersetorial para enfrentar os determinantes sociais da saúde-doença (entre eles, a distribuição das riquezas é muito importante), maior democratização e participação social e o acesso universal a uma rede de serviços de assistência à saúde, doravante chamados Centros de Saúde (CS). Estes realizam o primeiro contato dos cidadãos com o sistema de saúde. Os profissionais dos CS são geralmente generalistas, resolvem a grande maioria dos problemas de saúde da população e exercem a função de 'filtro' (gatekeeper), regulando e coordenando o acesso não emergencial dos usuários a outros serviços do sistema.

Há robustas evidências sobre as vantagens de sistemas de saúde baseados em APS: melhores indicadores de saúde, especialmente infantis; redução dos anos potenciais de vida perdidos; maior acesso e qualidade assistencial a serviços de saúde; melhor desempenho na prevenção das doenças e promoção da saúde; melhor desempenho dos sistemas de saúde, com menos gastos e menos internações por vários problemas; melhoria dos níveis de saúde das populações e redução das iniquidades em saúde.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a APS ou atenção básica está presente na legislação do SUS contida na diretriz 'hierarquização'. As normativas atuais convergem para seu papel fundamental de porta de entrada principal e coordenadora da rede de atenção à saúde. A descentralização/municipalização do SUS conferiu autonomia aos municípios na gestão dos serviços de APS, gerando grande heterogeneidade desses serviços.

METODOLOGIA

Foram utilizados como motores de busca os indexadores Google Scholar, Scopus e Web of Science para seleção dos artigos, através dos unitermos “atenção primária, estratégia de saúde da família e medicina de família e comunidade”. Foram excluídos

artigos com mais de 10 anos de publicação ou que não se encaixavam dentro do escopo da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A criação do Programa Saúde da Família (PSF), depois Estratégia Saúde da Família (ESF), significou uma indução financeira federal exitosa de ampliação e organização de equipes de APS. Com a ESF, equipes com médicos, enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (opcionalmente dentistas/auxiliares) passaram a realizar trabalho clínico, preventivo e promocional, vinculadas a usuários territorialmente definidos. A ESF expandiu-se inicialmente mais no interior e em pequenas cidades. As grandes cidades e capitais (salvo exceções) implantaram mais tardiamente a ESF e converteram menos seus CS à ESF. Mesmo assim, a ESF expandiu-se e transformou-se no principal formato brasileiro de equipes de APS, mas não viabilizou uma cobertura universal, como se verá adiante.

Não há dúvida sobre a superioridade da ESF em relação aos CS sem ela. Em 2012, revisão de Mendes não encontrou nenhum estudo evidenciando benefício para o modelo tradicional em relação à ESF. Igualmente, nenhuma pesquisa abordada neste artigo (ou de que temos ciência) mostrou vantagens dos CS sem ESF em relação aos com ESF, o que converge com a sistematização de evidências de Fachini et al. em 2014. A ESF tem melhor desempenho quanto à integralidade, orientação comunitária e familiar, acesso e utilização dos serviços; maior satisfação de usuários e profissionais; maior equidade; maior utilização de atendimento domiciliar; melhor consciência da população sobre as doenças crônicas; melhor assistência materno-infantil. Ela está mais presente em locais mais afastados, pobres e com pior infraestrutura. Sua capilaridade facilita o acesso da população socialmente vulnerável. A ESF melhorou o desempenho do SUS e as condições de saúde: redução da mortalidade infantil, da mortalidade adulta, associou-se a aumento da frequência escolar e da oferta de trabalho e emprego em adultos, a melhorias na qualidade das informações sobre as causas de morte e à diminuição das hospitalizações por condições sensíveis à APS.

Para a APS prover e coordenar efetivamente um cuidado longitudinal, abrangente (integral) e orientado à família e comunidade, o acesso ao cuidado é

condição si ne qua non.

No Brasil, apenas a ESF aproxima-se disso, mas a APS nunca teve regra clara para a provisão de acesso oportuno, em escala nacional ou em contextos locais. Diante do exposto, o objetivo deste artigo é apresentar um panorama sintético da situação do acesso ao cuidado na APS, apontar problemas e desafios e sugerir estratégias para sua superação. Realizou-se uma revisão narrativa assistemática que incluiu estudos quali e quantitativos.

Devido à ausência de dados sistematizados nacionais sobre acesso na APS, foram considerados estudos locais e enfatizados aspectos organizacionais mais estudados no País. Para facilitar a apresentação, não foi feita a distinção proposta por Starfield entre acesso e acessibilidade, cujos significados foram englobados no termo 'acesso'. Tampouco esgotamos as várias dimensões do acesso (geográfica, política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica, conforme Assis e Jesus), embora nossas proposições transpassem várias delas.

Na conformação atual do acesso na APS, uma diretriz nacional merece menção: o 'acolhimento'. Nascido em contexto de comum degradação da relação entre serviços e usuários, associado à precariedade do acesso, o acolhimento visa resgatar a relação de solidariedade profissional-usuário e a agilidade do acesso na APS. Ele orienta a prática de escuta empática de todos os usuários nos serviços de APS, com negociação entre profissionais, visando aumentar a equidade, a resolubilidade do primeiro contato e a agilidade no atendimento. O acolhimento tem estimulado a prática clínica da enfermagem e o trabalho em equipe, a desburocratização organizacional e a melhoria do acesso.

Quanto à situação atual do acolhimento, todavia, a ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, a ausência de capacitação e de espaços democráticos para reorganizar o processo de trabalho têm colocado em questão a potencialidade dessa diretriz. Há grande heterogeneidade de práticas sob essa designação, desde distribuição de fichas ou senhas para organizar a fila, incluindo seleção de quem vai preencher as vagas destinadas à 'demanda espontânea' nas agendas, até conversa coletiva da equipe com usuários na primeira hora do turno, seguida de negociações individuais e atendimentos clínicos.



Quanto à cobertura da APS brasileira, a mais recente Pesquisa Nacional de Saúde mostrou que 72% da população não tem planos de saúde privados; 56% desta está cadastrada em uma equipe de saúde da família; 60% dos respondentes que foram atendidos em algum serviço ambulatorial, o foram no SUS; e mais na APS em relação às pesquisas anteriores. Os dados do Ministério da Saúde são convergentes: estimando 3 mil usuários por equipe de saúde da família, das 42.855 equipes implantadas até 05 de abril de 2018 cobrem 62,4% da população brasileira, sem menção aos CS sem ESF. Embora não se saiba que proporção da população atendida pela APS é atendida na ESF, Bousquat et al., a partir de dados do censo de unidades básicas de saúde do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção - PMAQ-AB - de 2012 realizado, que computou 38.812 unidades, em 5.543 municípios, identificaram que em 77% deles havia alguma equipe da ESF com ou sem equipe de saúde bucal.

Várias pesquisas locais foram publicadas sobre acesso/acolhimento, com métodos qualitativos e quantitativos. Embora a ESF tenha ampliado o acesso, há consenso de que ele ainda é insuficiente no País, mesmo em locais onde a ESF já está estabelecida. As pesquisas qualitativas mostram dificuldade no acesso, com tempo de espera para atendimento demorado, levando uma ou várias semanas para a maioria dos serviços, com persistentes problemas de acolhimento na sua dimensão relacional.

Os estudos quantitativos também convergem. A maioria deles utiliza o Primary Care Assessment Tool (PCATool). O PCATool é internacionalmente reconhecido como instrumento que mensura os atributos da APS - acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e comunitária e competência cultural - e foi validado para a realidade brasileira. Avaliado pelo PCATool em vários locais, o acesso é o atributo da APS com pior avaliação, na ESF e fora dela, sendo geralmente superior na ESF em relação aos CS sem ESF, e melhor em alguns locais do Sudeste. No PCATool, o atributo 'acesso de primeiro contato' possui duas subdimensões avaliadas: acessibilidade e utilização. Os baixos escores do acesso se dão principalmente na subdimensão acessibilidade, composta por várias perguntas relativas à facilidade de obtenção de, por exemplo: atendimento no mesmo dia em caso de adoecimento; aconselhamento rápido por telefone se precisar; agendamento de uma consulta de revisão; agendamento de uma consulta no serviço etc. Essa subdimensão identifica se o serviço de saúde é facilmente acessível e disponível.

Como síntese geral, as pesquisas disponíveis indicam que o acesso é ruim, e isso se reflete nos demais atributos da APS e na efetividade do SUS.

De acordo com Conill, o acesso permanece como um nó crítico da APS brasileira, com vários problemas associados comprometendo-o. Há concordância nas pesquisas quanto à excessiva população vinculada às equipes da ESF, piorando diretamente o acesso. Há grande centralização no atendimento médico, embora Campos et al. apontem que nenhum sistema universal de saúde do mundo funciona sem garantir, com agilidade, o acesso ao médico generalista. Por exemplo, o National Health Service britânico provê a seus usuários acesso a um profissional médico em no máximo dois dias úteis.

Um problema comumente envolvido na precariedade do acesso é a priorização de grupos considerados preferenciais: grávidas, hipertensos, puericultura etc. A ênfase na prevenção da APS brasileira se associa com a virada preventivista da medicina contemporânea, gerando iniquidades e acirrando problemas de acesso. Tal ênfase induz excesso e ou precária fundamentação de atividades preventivas individuais, que têm alto potencial de danos iatrogênicos e sobremedicalização do cuidado, como rastreamentos de câncer de colo de útero anuais e de câncer de próstata em qualquer idade, rastreamentos anuais de câncer de mama (e em menores de 50 anos em qualquer periodicidade), exames de sangue urina e fezes de rotina em crianças, consultas médicas de rotina etc.

Outro problema da APS brasileira é a sua burocratização, traduzida em horários restritos, prejudicando os usuários que trabalham e que poderiam utilizar os serviços no horário de almoço ou após as 17 horas; profissionais administrativos nas recepções com pouca competência comunicativa; pouca agilidade administrativa ante as atuais tecnologias, como telefone, correio eletrônico e comunicadores digitais, exigindo-se a presença dos usuários para obter qualquer informação/orientação ou resolver qualquer demanda.

Os problemas acima apontados geram uma cultura institucional e rotinas de contato usuário-equipe apenas presenciais, que sustentam recepções problemáticas, rígidas e pouco adaptáveis às necessidades dos usuários, criando comumente um 'fechamento' dos serviços, proteção dos profissionais do excesso de demanda e

precarização do acesso.

Quanto ao acolhimento, tem sido percebido pelos profissionais como mais uma tarefa entre outras. Tende a causar sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflito nas equipes, sobretudo quando ações de ampliação de acesso são desenvolvidas. As dificuldades para sua operacionalização incluem: excessivo número de usuários vinculados às equipes da ESF; falta de ambiência, de recursos básicos, infraestrutura e de formação para o trabalho na APS; insuficiência de profissionais e poucos espaços para discussões e fortalecimento do trabalho em equipe. O acolhimento não é de fácil operacionalização e foi considerado uma tecnologia assistencial incipiente por Sisson et al., se é que deve ser assim considerado. De todo modo, o acolhimento é sinérgico com a ampliação do acesso, destacando que deve ser ágil e altamente empático. Bem trabalhado, o acolhimento aumenta a reciprocidade e harmonia na equipe, necessários para um bom acesso.

A escassez de médicos na APS com formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), sua concentração em grandes áreas urbanas e a sua grande rotatividade nos serviços indiretamente prejudicam o acesso (pela falta de profissionais e pelo não conhecimento dos usuários, tornando os atendimentos mais trabalhosos). Havia, em 2017, 5.438 mil médicos de família e comunidade no Brasil, 3.341 com residência em MFC e o restante somente com título de especialista; o que é pouco mais de 10% dos médicos da ESF. Os com residência em MFC são 7,8% dos médicos da ESF, e menos de 1% dos 452.801 médicos do País em 2018. Em comparação grosseira, na Inglaterra, havia, em 2009, quase 0,8 generalistas (General Practitioners ou GP) por mil habitantes. Supondo os GP equivalentes aos MFC brasileiros, o Brasil tem aproximadamente 0,026 MFC por mil habitantes (5.438/209 milhões), proporcionalmente 31 vezes menos médicos com titulação em MFC e 50 vezes menos médicos com residência específica para atuação na APS.

O financiamento federal da APS é um grande problema, pois o SUS não tem recebido suficiente aporte financeiro federal para alcançar a universalidade. Em relação ao financiamento da APS, a participação proporcional dos gastos federais vem diminuindo, enquanto o gasto municipal, vinculado à APS, vem aumentando.

Diante da precariedade do acesso e do subdimensionamento da rede de serviços

de APS, várias estratégias associadas se impõem para sua melhoria, abordadas sinteticamente a seguir.

Aumento de cobertura e redução da população vinculada às equipes da ESF'. A ESF deve ser priorizada como o formato da APS brasileira, por ser o melhor modelo testado nacionalmente e o que mais facilitou a concretização dos atributos da APS. Infelizmente, as recentes mudanças ocorridas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017 diminuíram a importância da ESF no conjunto da APS. É necessário ampliar a cobertura da APS via ESF e diminuir a população vinculada a cada equipe. Estimando que 25% da população adulta adoce e procura ajuda profissional em um mês, e que um médico atende a aproximadamente 500 pessoas por mês, o que significa mais de 500 consultas (com a enfermeira fazendo uma parte desse atendimento), os ingleses determinam como máximo de pessoas vinculados a um generalista 2 mil usuários, sendo a média menor que isso. Quase todos os países com APS estruturada acompanham esse padrão.

'Conversão para a ESF'. A consensual superioridade da ESF demanda priorizar a conversão progressiva dos CS sem ESF para ela. Isso demanda investimento federal tanto em normativas pró-ESF quanto em recursos financeiros, que podem induzir a conversão, ao contrário da direção da PNAB de 2017. Dada a concentração tributária na União, é imprescindível que esta aumente os repasses para os municípios privilegiando a ESF. Uma estratégia possível de facilitação da conversão para a ESF seria a indução da construção de vínculo longitudinal equipes-usuários nos CS sem ESF. Por exemplo, esses serviços poderiam ser adaptados por meio de listas de usuários vinculados a equipes. Outra estratégia possível para reforçar a ESF onde ela já existe seria permitir alguma escolha para o usuário, se ele desejar, de sua equipe, quando há outras equipes atuando no mesmo CS, por meio de listas de usuários associadas com vinculação territorial. Isso compensaria parcialmente a restrição de liberdade de escolha implícita na função filtro e, em tese, reforçaria a longitudinalidade, devido a um melhor (e 'mais' voluntário) vínculo terapêutico.

'Interiorização e fixação de profissionais (sobretudo médicos)' é um ponto estratégico. O Programa Mais Médicos tem sido a via de enfrentamento da pouca interiorização dos médicos na APS, sua alta rotatividade, escassez e pouca competência

técnica, devido à falta de formação adequada em MFC. Apenas investimentos federais sérios e urgentes são capazes de abordar esse problema tanto por meio da ampliação das residências em MFC quanto pela estruturação de gestão regional intermunicipal. O pequeno número de programas de residência em MFC, sua qualidade heterogênea e a pequena tradição da especialidade no País são problemas de grande vulto que necessitam ações em escala nacional, como iniciou o Mais Médicos. Essa estratégia, todavia, precisa ser aperfeiçoada e implantada na sua faceta de formação, com grande ampliação das vagas e programas de residência em MFC. A meta é exigir residência em MFC para os médicos da ESF para breve, estruturando a APS via ESF.

Para melhorar a equidade no acesso, deve-se priorizar áreas de vazio assistencial e maior vulnerabilidade social. Atualmente, quando existe, a priorização é intramunicipal e com ônus total para o município. Tal priorização pode ser de várias ordens e incluir inclusive estímulo financeiro aos profissionais, e poderia ser institucionalizada em regiões de saúde, para diminuir a grande heterogeneidade da APS.

'Desburocratizar e ampliar o acesso via organização funcional das equipes'. Várias melhorias no funcionamento dos serviços são necessárias, sobretudo quanto aos problemas destacados acima, abordados a seguir. 'Horário de funcionamento'. O acesso é diretamente ampliado com a extensão do horário de funcionamento dos CS para o horário de almoço e noturno, bem como a utilização dos sábados.

'Reuniões periódicas das equipes da ESF'. Para a ampliação do acesso, é estratégico o uso judicioso de tempos periódicos de conversa para organização, gestão e decisão coletivas na equipe: as reuniões (pelo menos) semanais. Elas são necessárias para gestão dos processos de trabalho implicados no acesso oportuno e para elaboração de projetos terapêuticos, gestão das consultas/visitas domiciliares, coordenação do cuidado para casos mais complexos etc. Gestão participativa das rotinas que interferem diretamente no acesso é fundamental para haver espírito de equipe, participação ativa e consciente e maior cooperação mútua entre profissionais.

'Diversificar formas de comunicação dos usuários com a equipe' é estratégico para melhorar o acesso, incluindo uso de telefone (correio eletrônico e outros comunicadores), que deve se transformar em recurso cotidiano de atendimento, agendamento e orientação dos usuários. Tal diversificação facilita a comunicação

equipe-usuários, melhora o vínculo e maximiza o acesso. Isso exige o fortalecimento dos aspectos administrativos viabilizadores dessa diversificação. O reforço administrativo viabiliza o uso do telefone, correio eletrônico e comunicação digital, superando a necessidade de contato presencial para encaminhamento de qualquer demanda dos usuários.

'Otimização do papel da enfermagem'. Para ampliar o acesso e organizar o trabalho em equipe, é necessário o investimento no trabalho clínico da enfermagem, já induzido pela diretriz do acolhimento. A enfermagem tem grande potência clínica, geralmente subaproveitada, sobretudo em casos crônicos e ações preventivas, que necessitam de grande empatia e competência educativa. Também tem grande capacidade de avaliar pequenas urgências/intercorrências, devendo ser parceiras na agilização do acesso.

'Viabilização de sistema de informações'. A disponibilização de prontuário eletrônico (e-SUS) e sistemas de informações facilita e viabiliza o acesso indiretamente. A história clínica é essencial para um acesso longitudinal adequado. Isso implica pesado investimento federal na melhoria e universalização do e-SUS.

'Diminuir a rigidez das agendas, tornando-as mais inteligentes'. Trata-se de aproximar-se da 'filosofia' do chamado acesso avançado: fazer o serviço de hoje, hoje. Implícita nesta 'filosofia' está a superação necessária da dicotomia hierarquizada entre demanda espontânea e programada, em que há hipervalorização da segunda. Isso torna o serviço mais acessível e minimiza o empurrar para o futuro de ações clínicas e outras. A esse respeito, não raramente aparecem preocupações relativas à necessidade de cuidados continuados programados voltados às situações crônicas. Parece certo que a longitudinalidade associada ao acesso oportuno é uma das chaves para a efetividade e qualidade do cuidado a longo prazo. Isso reforça que o acesso deve estar vinculado à longitudinalidade. A necessária agilidade na comunicação com os usuários (acima referida) facilita atividades de vigilância nos problemas crônicos, que se tornam proeminentes com o envelhecimento populacional. Também, por isso, o primeiro contato sempre que possível deve ser realizado por um profissional da equipe vinculada ao usuário, melhorando sua resolubilidade.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos disponíveis e a prática assistencial convergem para a constatação de que o acesso na APS brasileira é heterogêneo e permanece precário, envolvendo vários



problemas anteriormente apontados. As estratégias principais para ampliação do acesso na APS para quase toda a população envolvem fortalecer e privilegiar a expansão da ESF associada à redução da população vinculada a cada equipe. É necessário maior financiamento federal para a ESF, forte investimento na formação de médicos de família e comunidade (e educação permanente das equipes atuais), estímulo à sua interiorização e fixação, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade.

Do ponto de vista organizacional nos serviços, é estratégica a exploração do trabalho em equipe, da potencialidade clínica da enfermagem, da cogestão dos processos de trabalho, da flexibilização das agendas e da diversificação das formas de comunicação entre equipe e usuários, de modo a superar a necessidade do contato presencial para encaminhamento de qualquer demanda. A APS deve praticar uma atenção à saúde abrangente que envolva igualmente situações agudas e crônicas, em um contínuo de cuidados ampliados centrados na pessoa, na família e na comunidade pela mesma equipe, com coordenação dos cuidados especializados cabíveis. O acesso é a pedra angular sem o qual esses atributos não são viabilizados.

REFERÊNCIAS

1. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde [internet]. Alma-Ata; 1978 [acesso em 2024 ago 7]. p. 3. Disponível em:



<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>

2. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1•7 million men and women. *Lancet* [internet] . 2017 [acesso em 2024 maio 28]; 389(10075):1229-37. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28159391> »
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28159391>

3. Aleixo JLM. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Rev Min Saúde Pública* [internet] . 2002 [acesso em 2024 out 14]; 1(1):1-16. Disponível em: <http://colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=391>

4. Gérvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* [internet]. 2006 [acesso em 2024 maio 28]; 9(1):147-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100019&lng=es&tlng=es

5. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? [internet] . 2004 [acesso em 2024 maio 28]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf

6. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of Children and Access to Primary Care: A Cross-National Comparison. *Int J Heal Serv* [internet]. 1995 [acesso em 2024 maio 28]; 25(2):283-94. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7622319>

7. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract* [internet]. 1996 [acesso em 2024 maio 28]; 43(1):40-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8691179>

8. Health Council of the Netherlands. European primary care [internet]. The Hague; 2004 [acesso em 2024 maio 28]. Disponível em: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/European_primary_care_final.pdf