



# Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família

*Access, accessibility, and demand at the family health strategy*

*Acceso, accesibilidad y demanda en la estrategia de salud familiar*

Giannina Marcela Chávez<sup>1</sup>

Selma Maria da Fonseca Viegas<sup>1</sup>

Gabriel Rios Roquini<sup>1</sup>

Thiago Rocha Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de São João del-Rei,  
Center-West Campus. Divinópolis, MG, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** compreender demanda, acesso e acessibilidade perante as necessidades de saúde, sob a ótica de profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados, ancorada no Interacionismo Simbólico, com 34 participantes, usuários e profissionais da ESF de município de grande porte. **Resultados:** as demandas cotidianas na ESF e as limitações do acesso evidenciam as dificuldades enfrentadas pelas equipes pela baixa cobertura populacional, elevado número de pessoas cadastradas, baixa resolutividade, falta de profissionais, ineficácia da gestão e escassez de ações programadas. As concepções de acesso, acessibilidade e resolutividade são contextualizadas no acolhimento e humanização, na precisão de ampliar a cobertura populacional e o acesso, além de os usuários e profissionais expressarem seus sentimentos de frustração, angústia e insatisfação perante a baixa resolutividade e insuficiência de recursos. **Conclusões e implicações para prática:** a ESF ainda trabalha a lógica da atenção curativa, cujas atividades são realizadas dentro do consultório, com recursos insuficientes, elevada demanda reprimida e muitos desafios. Apresenta subsídios para que os profissionais de saúde, usuários e gestores busquem, de forma colaborativa, estratégias de enfrentamento da elevada demanda espontânea e dificuldades de acesso.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Teoria Fundamentada; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** to understand demand, access, and accessibility in the face of health needs, from the perspective of Family Health Strategy (FHS) professionals and users. **Method:** this Grounded Theory was anchored in Symbolic Interactionism, with 34 FHS participants, users, and professionals from a large city. **Results:** the daily demands at FHS and access limitations make the teams struggle due to low population coverage, high number of registered people, low resolution, lack of professionals, ineffective management and scarcity of scheduled actions. The conceptions of access, accessibility, and resolution are contextualized in embracing and humanizing, in the precision of expanding population coverage and access, in addition to users and professionals expressing their feelings of frustration, anguish and dissatisfaction due to low resolution and insufficient resources. **Conclusions and implications for practice:** FHS still works on the logic of curative care, whose activities are carried out within the office, with insufficient resources, high repressed demand and many challenges. It presents subsidies for health professionals, users, and managers, to collaboratively seek strategies to face high spontaneous demand and difficulties in access.

**Keywords:** Health Services Accessibility; Family Health Strategy; Primary Health Care; Grounded Theory; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** comprender la demanda, el acceso y la accesibilidad frente a las necesidades de salud, desde la perspectiva de los profesionales y usuarios de la Estrategia de Salud Familiar (ESF). **Método:** se utilizó la Teoría Fundamentada, anclada en el Interaccionismo Simbólico, con 34 participantes, usuarios y profesionales de ESF de una gran ciudad. **Resultados:** las demandas diarias en la ESF y las limitaciones de acceso muestran las dificultades que enfrentan los equipos debido a la baja cobertura de la población, el alto número de personas registradas, la baja resolución, la falta de profesionales, la gestión ineficaz y la escasez de acciones programadas. Las concepciones de acceso, accesibilidad y resolubilidad se contextualizan en acoger y humanizar, en la precisión de ampliar la cobertura y el acceso de la población, además de que los usuarios y profesionales expresen sus sentimientos de frustración, angustia e insatisfacción ante la baja resolución y los recursos insuficientes. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** la ESF todavía trabaja con la lógica de la atención curativa, cuyas actividades se llevan a cabo dentro de la oficina, con recursos insuficientes, alta demanda reprimida y muchos desafíos. Presenta subsidios para que los profesionales de la salud, los usuarios y los gerentes busquen en colaboración estrategias para hacer frente a la alta demanda espontánea y las dificultades de acceso.

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Teoría Fundamentada; Enfermería.

### Autor correspondente:

Selma Maria da Fonseca Viegas.  
E-mail: selmaviegas@ufsj.edu.br.

Recebido em 21/11/2019.  
Aprovado em 27/04/2020.

DOI:  
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331>

## INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde trata-se de um tema amplo e que abrange diversas dimensões, como disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. É determinado por fatores políticos, econômicos, sociais, organizacionais, técnicos e simbólicos.<sup>1</sup> A garantia do direito à saúde e dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, que doutrinam o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, dependerá do acesso que os usuários têm aos serviços de saúde e de recursos. Portanto, para a interpretação da expressão “acesso universal e igualitário”, esse deverá ser assegurado tanto na assistência preventiva e curativa para todos, de modo que não existam privilégios ou discriminação, não se permitindo instituir políticas públicas baseadas na hipossuficiência, visto que o Estado deve garantir a saúde à população.<sup>2</sup>

Atualmente, o SUS visa alcançar o equilíbrio entre a oferta e a demanda em saúde, de modo a adequar as práticas assistenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) e traçar estratégias para lidar com as diversas situações apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde. Destarte, observam-se limitações na dimensão do acesso quanto à acessibilidade, fragmentação do Sistema, descentralização e regionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ao processo inadequado de acolhimento e de assistência a determinados grupos.<sup>1</sup>

A acessibilidade é descrita como uma série de determinantes relacionados à oferta de serviços de saúde e que objetivam facilitar ou dificultar a utilização dos serviços, de modo que o usuário seja capaz de obter o cuidado segundo seu desejo, de forma fácil e conveniente, podendo levar a situações de desequilíbrio entre a oferta e a demanda.<sup>3,4</sup>

Um estudo realizado “com pessoas com elevada frequência de utilização dos serviços de saúde, revelou o papel protagonista dos usuários na construção de mapas do cuidado, advindo de um conhecimento prático decorrente de experiência própria e observação de como conseguir o acesso ao cuidado caracterizado como necessário para si”<sup>5:2013</sup>, utilizando-se o serviço médico-hospitalar-ambulatorial, independentemente de ser público ou privado.<sup>5</sup>

Um programa de pesquisa internacional, incluindo informantes de organizações da APS, associações e departamentos universitários da Austrália, Canadá, Reino Unido e EUA, demonstrou disparidade entre as dimensões da oferta e demanda, assim como elencou as áreas que poderiam ser beneficiadas com uma maior atenção, a fim de extinguir a lacuna da equidade para as populações vulneráveis ao acesso nos serviços de APS que correspondessem às suas necessidades.<sup>6</sup>

Na China, pesquisadores sugeriram que o modelo de Dongguan, o qual é baseado em direito assegurado e uso de médicos de medicina familiar, parecia funcionar melhor em termos de melhoria de acesso e qualidade para pacientes com condições crônicas. Ressaltou-se que o sistema de APS, com financiamento e organização bem estruturados, pode desempenhar positivamente na prestação de serviços e tem o potencial de melhorar a atenção aos pacientes.<sup>7</sup>

Em São Paulo, SP, Brasil, um estudo evidenciou que o acesso aos serviços de saúde foi elevado, quando analisado em dois períodos, com diferença de cinco anos, e que a proporção de acesso e uso dos serviços de saúde no SUS não mudou desde 2003. Foram encontradas diferenças quanto aos fatores socioeconômicos e sua relação com a procura de cuidados de saúde e resolução desses problemas, que foi mais acentuada em pessoas com melhor nível socioeconômico ou que utilizaram o setor privado.<sup>8</sup>

A falta de acesso aos serviços de saúde e o tempo de espera ao atendimento desejado estão cada vez maiores, principalmente entre os indivíduos de menor *status* econômico. Tais indicadores expressam a qualidade da atenção<sup>9</sup> e são essenciais, uma vez que estão relacionados à possibilidade de continuidade do cuidado, manutenção da saúde, prevenção de agravos e de complicações em condições crônicas.

Após a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994, no Brasil, houve uma expansão de cobertura significativa a partir dos anos 2000. Contudo, identificou-se que essa expansão possuía ritmos diferentes quando avaliadas as diferentes regiões e municípios. Atualmente, observa-se uma preocupação em relação à ampliação da cobertura e de estratégias para melhoria da qualidade e do fortalecimento da APS quanto às suas atribuições, principalmente no âmbito do acesso.<sup>10,11</sup> Apesar dos avanços alcançados, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde ainda é considerada como um dos principais desafios a serem enfrentados no país.<sup>12</sup>

Considerando-se esse contexto, percebe-se que o SUS enfrenta diversas dificuldades relacionadas à estruturação e consolidação de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, acesso integral às ações e serviços, o que compromete seu desempenho.<sup>2</sup> Diante disso, questiona-se: como os profissionais e os usuários da ESF compreendem demanda em saúde, acesso e acessibilidade perante as necessidades de saúde de cada indivíduo? Necessidade de saúde, neste estudo, significa tomar o conceito da determinação social do processo saúde-doença para que, no cotidiano, a equipe de saúde possa responder “por elas no âmbito das raízes dos problemas, do determinante, e também no dos resultados, a doença, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal”.<sup>13:1261</sup>

Este estudo teve por objetivo compreender demanda em saúde, acesso e acessibilidade perante as necessidades de saúde, sob a ótica de profissionais e usuários da ESF.

## MÉTODO

Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)<sup>14</sup> e o referencial teórico Interacionismo Simbólico (IS).<sup>15,16</sup>

A TFD é utilizada no desenvolvimento de uma teoria fundada em dados, sistematicamente coletados e analisados, visando compreender a realidade a partir da percepção ou do significado das pessoas sobre determinado contexto ou objeto. A teoria é construída durante a pesquisa real e em contínua interação entre análise e coleta de dados.<sup>14</sup>

O IS representa a significação como um dos mais importantes elementos na compreensão do comportamento humano, de suas interações e dos processos utilizados para alcançar uma compreensão plena do processo social. A compreensão da conduta humana baseia-se em seus aspectos internos e considera como cada pessoa lida com os acontecimentos ou com a realidade em torno de si e como isso influenciará sua vivência.<sup>15,16</sup>

O IS tem como base a análise de três premissas: a primeira trata-se de que o ser humano orienta seus atos em direção a coisas em função do que estas significam para ele; a segunda trata-se das consequências desse significado na interação social que cada pessoa possui com o seu próximo; e a terceira traduz que os significados se manipulam e se modificam mediante um processo de interpretação desenvolvido pela pessoa ao se deparar com as coisas que vai encontrando em seu caminho.<sup>15,16</sup>

A coleta de dados para esta pesquisa foi realizada no período de outubro de 2016 a maio de 2017, em um município de grande porte de Minas Gerais, com população estimada de 234.937 habitantes. Utilizaram-se como fontes de evidências a entrevista aberta e individual com roteiro semiestruturado, registros em memorandos operacionais, direcionados para os procedimentos funcionais da pesquisa, e memorandos iniciais, realizados após cada coleta de dados.<sup>14</sup> O município possui 32 equipes da ESF, sendo selecionadas por sorteio. Como critério de inclusão, consideraram-se equipes mínimas completas (médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde),<sup>17</sup> e de exclusão, unidades tradicionais de APS em transição para ESF. Das 32 equipes, 12 (37,5%) atenderam aos critérios adotados. Essas 12 unidades foram listadas e sorteadas para a coleta de dados, que ocorreu até a saturação teórica para formulação da TFD. Este estudo contemplou, portanto, cinco unidades da ESF (com população cadastrada variando de 2.646 a 7.000 pessoas) como cenário do estudo (memorando), considerando a saturação teórica.<sup>14</sup>

O estudo contou com 34 participantes, sendo 16 profissionais de saúde, dentre eles, cinco enfermeiras, quatro médicos, três técnicas de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS) e uma auxiliar de saúde bucal (ASB), de cinco equipes da ESF, que atuavam no tempo mínimo de seis meses. Participaram 18 usuários maiores de 18 anos de idade, aptos a responder por si, cadastrados e acompanhados por uma das cinco equipes da ESF cenário deste estudo e que compareceram à unidade para atendimento na demanda espontânea (DE) ou na demanda programada (DP) no dia da entrevista. Durante o processo de coleta de dados, foi necessário o acréscimo de quatro perguntas no roteiro de entrevista dos profissionais e três no roteiro dos usuários (memorando), para aprofundar os códigos que emergiram dos resultados e para contemplar o processo de análise conforme o método da TFD, de modo a atingir a saturação dos dados.<sup>13</sup> As entrevistas tiveram duração média de oito minutos, foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Não houve recusa ou desistência de nenhum convidado-participante deste estudo. A identificação das entrevistas deu-se mediante a letra “E”, para representar

todos os entrevistados, a letra “P”, para identificar profissionais de saúde e a letra “U”, para identificar os usuários. A numeração foi representada segundo a ordem cronológica da coleta de dados ( $E_{P1}; E_{U1}; E_{P2}; E_{U2}...$ ).

A análise dos dados iniciou-se com a codificação aberta, fase que realiza a categorização e a nomeação dos fenômenos. Foi realizada uma investigação dos dados para, comparativamente, evidenciar as semelhanças e as diferenças entre eles, e levantar questões sobre os fenômenos aos quais os dados se referem.<sup>14</sup>

Posteriormente, realizou-se a codificação focal, que utiliza os códigos mais significativos e/ou frequentes, com o intuito de analisar minuciosamente os dados e permitir a compreensão analítica para categorizar os dados de forma incisiva e completa. Ao término desta fase, iniciou-se a codificação axial, na qual as categorias foram relacionadas às subcategorias, reagrupando os dados fragmentados na codificação aberta, com objetivo de garantir a coerência à análise e definir as condições determinantes, o contexto, as estratégias e as consequências para o fenômeno estudado.<sup>14</sup>

Por fim, foi realizada a codificação teórica, que especificou as possíveis relações entre as categorias encontradas na codificação focal. Os códigos teóricos levaram à formulação da categoria central, *A teoria da demanda na Estratégia Saúde da Família: espontânea, programada ou reprimida?*, que tornou explícita a experiência vivenciada e a compreensão dos participantes da pesquisa sobre acesso, acessibilidade e demanda na ESF.<sup>14</sup> A pesquisa foi aprovada sob o Parecer 1.686.000 e CAAE 58465316.1.0000.5545. Todos os participantes voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

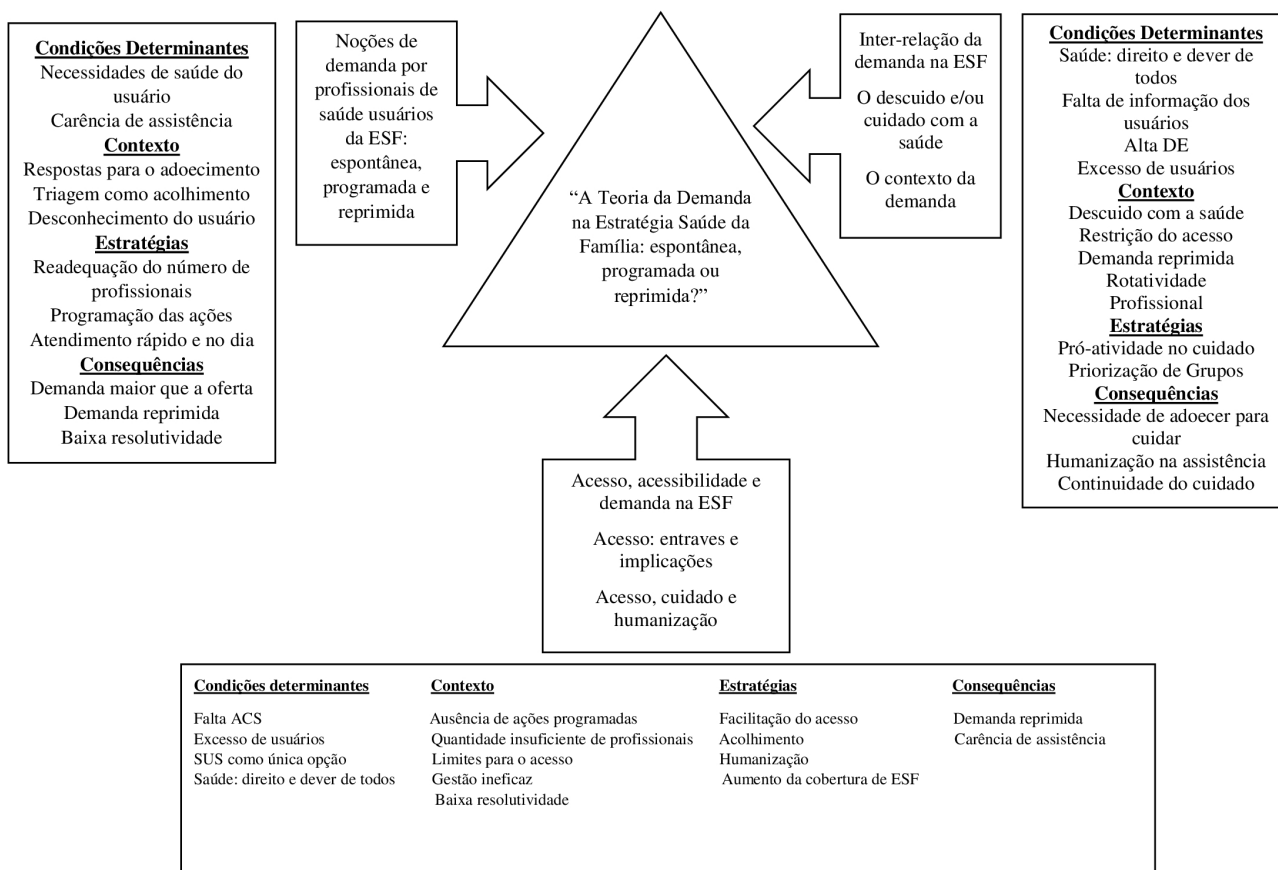
## RESULTADOS

Dos 34 participantes, 16 eram profissionais de saúde, e 18, usuários. Em relação à caracterização dos profissionais, 13 (81,3%) eram mulheres; a média de idade foi de 48 anos; e a média de tempo de trabalho na ESF foi de 9,8 anos. Participaram cinco enfermeiras, quatro médicos, três técnicas de enfermagem, três ACS e uma ASB. Dos nove profissionais de nível superior, sete possuíam especialização em Saúde da Família. Em relação aos usuários, participaram 13 mulheres (72,2%) e cinco homens e a média de idade foi de 42 anos. Quanto ao nível de escolaridade, nove possuíam nível fundamental incompleto, três com nível fundamental completo, três de nível médio completo; dois possuíam nível superior; e um declarou-se analfabeto. Desses, apenas cinco eram provenientes da demanda programada e oito possuíam algum tipo de plano de saúde.

Da análise do estudo, originaram três códigos teóricos: *Noções de demandas por profissionais e usuários da ESF: espontânea, programada e reprimida; Inter-relação da demanda na ESF; Acesso, acessibilidade e demanda na ESF*. Esses códigos teóricos levaram à formulação da categoria central, *A teoria da demanda na ESF: espontânea, programada ou reprimida?*. Os resultados indicaram 32 códigos *in vivo*, que marcam a alocação e os significados dos participantes da pesquisa perante a demanda na ESF. Os códigos focais surgiram da comparação dos dados, identificando o contexto, as condições determinantes, as estratégias,

as conseqüências, os comportamentos de profissionais e usuários frente à demanda no cotidiano dos serviços, cenários do estudo, conferindo aos dados analisados a formulação das categorias e a integração teórica (Figura 1). Este artigo trata da categoria *Acesso, acessibilidade e demanda na ESF*.

O IS subsidia, sob a ótica dos participantes da pesquisa, a vivência da demanda na ESF. Essa vivência implica a oferta dos serviços de saúde, o acolhimento, a humanização na assistência, o aumento da demanda reprimida e a insatisfação dos usuários com o Sistema.



**Figura 1.** Diagrama da representação do fenômeno central da teoria da demanda na ESF

Fonte: dados da pesquisa. Neste manuscrito, foi discutido o código teórico “acesso, acessibilidade e demanda na ESF” e os respectivos códigos *in vivo* que identificam as condições determinantes, o contexto, as estratégias e as conseqüências.

O código focal, *Acesso: entraves e implicações*, refere-se ao impacto cotidiano das demandas na ESF, assim como as limitações do acesso no âmbito do SUS, enfatizando o contexto, as estratégias estabelecidas, alguns dos seus determinantes e condicionantes.

**Condições determinantes**

*Temos dificuldades porque tem uma grande área descoberta de 60%, são duas microáreas que estão descobertas há mais de cinco anos, e temos um desconhecimento muito grande da realidade dessa população descoberta [...] então, falta chegar essa informação para eles, de como eles vão procurar. Muitas vezes, a compreensão é*

*reduzida na questão de entender mesmo, que é melhor agendar do que vir em uma triagem, no acolhimento, por exemplo. Que a atenção, ela é diferenciada, diferente de uma para outra (E<sub>p</sub>1).*

*Olha, tem uma demanda espontânea muito grande por falta de uma agenda que consiga atender a população, porque a nossa população aqui está muito acima da capacidade (E<sub>p</sub>8).*

*Eu tenho que procurar o SUS, porque eu não tenho condições, é o meio que tem para nós. Porque não temos dinheiro para pagar o particular, então a gente vem procurar o SUS, a ESF para dar a assistência que a gente precisa (E<sub>u</sub>14).*



## Contexto

*Eu deveria fazer visita domiciliar, não faço, não tenho programada visita domiciliar na minha agenda por falta de tempo e porque não tem a quantidade de funcionários que precisa. Então eu faço uma visita quando eles chamam em caso de urgência, porque se eu sair não tem quem fica. [...] a gente deveria trabalhar a prevenção antes que as pessoas ficassem doentes. [...] acho que necessidade em saúde são as pessoas trabalharem para não adoecerem, mas também não temos infraestrutura para fazer isso (E<sub>p</sub>9).*

*A resolução? É o que se espera quando a gente procura é que resolva, não é? Acho que isso também é uma esperança, é um direito de todos também, não é? Às vezes, tem tratamento que demora mais, vai ter que voltar, mas o que todo mundo espera é que seja resolvido (E<sub>u</sub>14).*

*Como tudo na vida, tudo tem regra, e a gente tem que seguir, tem limite. Então, cada serviço de saúde ele tem a sua rotina, eu costumo falar assim: 'aqui não é UPA', a gente tenta trabalhar a prevenção, claro que a parte curativa ainda está mais gritante, mas não é só porque o paciente vai chegar aqui cinco e dez, cinco e quinze para fazer uma vacina, que eu vou fazer. Então é um direito dele, mas o nosso horário já terminou e essa vacina pode esperar até amanhã, ele teve o dia todo para vir. Então ele tem acesso, mas ele também tem que respeitar a nós que somos profissionais, e que os lugares têm suas regras, senão ficamos só apagando incêndio. Se abrir para urgência o dia inteiro, você não faz mais nada (E<sub>p</sub>11).*

## Estratégias

*O acesso? Deveria conseguir resolver tudo para o usuário, não é? Muitas vezes, a gente consegue fazer o primeiro atendimento, mas depois a gente não consegue resolver o problema do usuário, o que ele realmente precisa, o encaminhamento para o nível secundário (E<sub>p</sub>5).*

*Está faltando mesmo uma cobertura maior, para que realmente seja feita a prevenção e que o conhecimento chegue até o paciente, para ele entender a dinâmica do SUS, como que funciona o fluxo, e não só para minimizar essa questão da demanda espontânea. Acho que isso sempre vai existir, mas para que o usuário procure de forma consciente e forma adequada, para que ele seja atendido em sua demanda (E<sub>p</sub>1).*

*Eu acho que é facilitar mesmo o acesso por todos os profissionais, não ficar limitando. Igual a gente coloca acolhimento, as avaliações até oito e meia, mas acolhemos durante todo o dia. Então, é esse acesso mesmo facilitado.*

*A hora que o paciente chegar, a gente estar disposto a ajudar (E<sub>p</sub>2).*

*Acesso em saúde é nós chegarmos, sermos atendidos e ter o serviço disponibilizado. Infelizmente, é deficitário, a gente vê, a mídia mostra aí sempre. De um a dez, a meu ver, eu daria a nota dois para o acesso. É muito deficiente (E<sub>u</sub>2).*

## Consequências

*No SUS, hoje, o usuário chega é aqui na unidade da ESF. Agora, daqui para frente, o negócio complica muito por conta de especialistas. Não tem ortopedista e cardiologista na policlínica, só tem na universidade federal. Neurologista só tem um. Cirurgia? Muito complicado! Fisioterapia é difícil você conseguir, eu acho que na ESF, a gente consegue. Então, o acesso está restrito, acho que até aqui vai bem, não é? Na porta de entrada, mas depois dificulta (E<sub>p</sub>12).*

*Resolutividade seria a solução, atitude que resolveria os problemas, mas para mim é outra coisa deficitária. O governo em si é muito frágil. A gente vê que a mídia mostra municípios que preocupam e que cuidam efetivamente, funcionam, mas no geral, funciona também muito mal (E<sub>u</sub>).*

*Resolutividade seria a gente conseguir dar a ele tudo em tempo hábil, não é? Seria isso, vir fazer a consulta, conseguir agendar o exame rapidinho para ele voltar, mostrar, ser encaminhado. Rápido dentro do que ele precisa. Na verdade, veio passando mal, a gente consegue atender, se precisar ser encaminhado para cardiologista, aí o médico põe "prioridade", aí eu deveria conseguir marcar para ele pelo menos esse mês. Às vezes, eu não consigo marcar ele nem em um ano! Tem uma pasta de espera enorme (E<sub>p</sub>5).*

O segundo código focal, *Acesso, cuidado e humanização*, descreve as concepções de acesso, acessibilidade e resolutividade, contextualizando as práticas de assistência desenvolvidas na ESF, expressando os sentimentos vivenciados pelos usuários e profissionais.

## Condições determinantes

*Eu compreendo que acesso à saúde, as pessoas têm que ter, porque a saúde é um direito de todos, mas a pessoa tem seus deveres também. [...] nós temos nossos deveres de cuidar de você, mas você também tem seus deveres, que é de vir, de nos comunicar que seu remédio está acabando, de marcar consulta com antecedência. Não é chegar aqui precisando das coisas para ontem não! Lógico, a não ser que pessoa passe mal de madrugada e não é caso de UPA (E<sub>p</sub>9).*

*Eu acho que o governo tinha que dar mais prioridade para a gente que não tem condições de fazer um plano e olhar a Saúde direito. Porque está muito difícil você procurar um médico, fazer um tratamento e, se tiver muito grave e ficar esperando, você morre (E<sub>U</sub>1).*

## **Contexto**

*O Estado, infelizmente, é muito fraco, é muito deficiente, deixa muito a desejar. E no meu conhecimento como cidadão, o Estado tem condições de dar um atendimento melhor para o cidadão. Mas, não dá devido à corrupção, à falta de empenho, de investimentos também, em todos os sentidos, não é? Equipamentos, material humano, exige muito financiamento. A demanda se torna difícil, não é? É problemática, é problemática (E<sub>U</sub>2).*

*Eu tenho pouca esperança na parte de medicina, eu acho que o pessoal procura muito por assistência mesmo, por consulta, por exame. E saúde é caro, não é? Porque não tem profissional no SUS, porque pagam pouco, o salário é baixo, os colegas não aceitam, vão fazer outros trabalhos. Aí ficam no particular, é melhor você atender uma consulta particular do que dez de saúde pública [...] depois dos 45 anos de idade, as pessoas começam a ter doenças crônicas, então vão surgir necessidades de exames, consultas e cirurgias. Então a tendência é aumentar mais o número de gente que precisa de tratamento e uma prevenção secundária (E<sub>p</sub>12).*

*Um problema são os políticos entenderem a importância da APS, não é? Porque eu vim para esse município tem mais ou menos oito anos, e o que eu constato é que o município está muito organizado em torno da Atenção Secundária e Terciária. Então, os indicadores são muito ruins: de doenças, de complicações, coisas que uma boa APS e organizada poderia estar prevenindo essas coisas. Há necessidade desses gestores entenderem essa importância e caminhar nesse sentido. Enquanto esse município tiver essa precária APS, vai ter todo tipo de complicação chegando lá na UPA, infartados, diabéticos para amputar, mortalidade materno-infantil, doenças sexualmente transmissíveis, está tendo muito aqui a sífilis. Porque a gente não consegue assistir à população, mas tem hospital, tem clínicas de exames diagnósticos e isso daí é o que é valorizado (E<sub>p</sub>14).*

## **Estratégias**

*A criação de outras equipes da ESF, porque a população está acima da capacidade (E<sub>p</sub>8).*

*Bom, a composição adequada da equipe, com número de profissionais adequados, seria o primeiro passo.*

*Outra coisa seria o aumento das cotas de consulta com especialistas, é a necessidade que mais a gente vê aqui, de pessoas esperando um ano, dois para passar por um especialista. Outra coisa é a liberação mais rápida dos exames, para poder chegar ao diagnóstico adequado (E<sub>p</sub>16).*

*A proposta talvez seja o óbvio: de acolher mesmo esse paciente na hora da consulta, ter paciência de olhar esse paciente como um todo, para ver se essa demanda diminui, se ele não vem tanto por pouca coisa, por uma coisa que pode esperar, se ele consegue entender que ele pode vir daqui um tempo (E<sub>p</sub>11).*

*Às vezes, a solução é ter bom funcionário, ter boa disposição para estar atendendo. [...] não fazer pouco caso das pessoas porque tem gente que chega aqui com falta de educação e tudo, mas você tem que manter uma postura como profissional. Eu acho que falta mais essa postura profissional e abraçar o posto de saúde, as pessoas mesmo (E<sub>U</sub>11).*

## **Consequências**

*Péssima acessibilidade! Porque você precisa de uma internação, não tem. Igual lá na UPA, pessoal está dormindo no chão, cadeira, não tem maca, não tem nada. Não é culpa dos profissionais não, porque os profissionais até tratam a gente bem lá, mas o atendimento do SUS é muito insuficiente. [...] tem que ter um atendimento pelo SUS que dê mais confiança, mais conforto, porque está ruim, viu?! [...] o SUS não oferece condições para o profissional trabalhar, porque se tivesse condição, aí o funcionário trabalharia com mais satisfação, não é? O que está faltando mesmo é o SUS aprender a administrar, porque eu pago muito (E<sub>U</sub>13).*

*Então eu abro a agenda para o mês inteiro, a pessoa chegando e eu tendo as vagas vou marcando, se for urgência não espera o dia de marcação (E<sub>p</sub>3).*

*Infelizmente, hoje o SUS, às vezes, ele é omissivo, ele não serve todo mundo. Ele empurra você com a barriga, que é o meu caso, eu tenho esse problema de vista e vai só estendendo! Aí o tempo vai passando! [...] ah, que estamos esperando ter médico, ter isso e ter aquilo. Você é atendido, só não resolve seu problema (E<sub>U</sub>14).*

## **DISCUSSÃO**

As demandas cotidianas na ESF e as limitações do acesso evidenciam as dificuldades enfrentadas pelas equipes na ESF pela baixa cobertura populacional, população SUS dependente, elevado número de pessoas cadastradas, baixa resolutividade, falta de ACS, ineficácia da gestão e escassez de ações programadas.

Estudo em Recife, PE, Brasil, corrobora os achados deste trabalho, ao identificar que, na opinião da maior parte das categorias profissionais, há uma oferta limitada de ações na ESF e baixa cobertura populacional por falta de ACS.<sup>18</sup>

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, estudo indicou que “os usuários exclusivos do SUS são 60% mais propensos a terem dificuldades para a obtenção de consultas em comparação aos seus pares afiliados a plano privado de saúde”<sup>19:08</sup>, independentemente da idade, do sexo e do nível de escolaridade.<sup>19</sup>

Um estudo realizado em Quebec, Canadá, após reformas na APS, identificou que a acessibilidade aumentou, quase o triplo, quando foi possibilitado o acesso à consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia, além do aumento da carga horária diária do médico.<sup>20</sup> Destarte, a organização dos serviços de APS, com gestão dos recursos, pode influenciar no acesso às ações de forma mais rápida, com bom desempenho e resolutividade.

Não obstante, a ESF precisa ofertar ações de forma integral à população adscrita, de acordo com as necessidades de cada um e da coletividade, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.<sup>17</sup> O foco ainda é biomédico e com ações intramuros. “Os usuários, principalmente, consideraram reduzido o número de visitas domiciliares realizadas tanto pelos profissionais de nível superior quanto pelos ACS. Uma das justificativas é a alta demanda de consultas dentro da unidade, não sobrando tempo para as domiciliares, restringindo o acesso aos usuários que não podem se deslocar”.<sup>18:644</sup> Além disso, “há uma sobrecarga de trabalho para os outros profissionais da equipe e a busca por parte dos usuários pelos serviços de alta complexidade”.<sup>18:642</sup>

Estudo desenvolvido no município de Rio Branco, Acre, Brasil, por sua vez, identificou que na rotina das unidades de APS, a oferta de serviços é de cunho “autoritário, pois os usuários são obrigados a submeterem-se às ofertas disponíveis, sem levar em consideração suas necessidades de saúde, contrariando o princípio da integralidade. As unidades devem organizar seu trabalho a partir da vulnerabilidade dos seus usuários, dando um encaminhamento responsável e resolutivo às demandas, inclusive aquelas que a equipe da APS não consegue resolver”.<sup>21:385</sup>

Segundo participantes deste estudo, a falta de informação dos usuários sobre os serviços, que desconhecem qual o fluxo ou a unidade que devem procurar de acordo com suas necessidades de saúde, constitui-se barreira para o acesso às ações na APS. Essa desinformação do usuário foi apontada em um estudo como “percursos realizados pelas pessoas através do seu agir leigo, buscando o enfrentamento dos seus problemas de saúde”.<sup>18:2014</sup>

Uma pesquisa realizada com 840 famílias em comunidades urbanas, periurbana e rurais selecionadas, no Norte da Nigéria, mostrou que não houve barreira à informação sobre saúde e sua prestação de serviços, sugerindo uma boa conscientização sobre problemas de saúde. Isso também foi confirmado pelo envolvimento e participação da comunidade em questões de saúde, independentemente dos distritos.<sup>22</sup>

Um estudo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, entre 2007 e 2010, comparando o desempenho do sistema de saúde em seis países (China, Gana, Índia, México, Rússia e

África), mostrou que mais de 90% dos entrevistados relataram ter recebido cuidados quando necessário. No entanto, houve variações nesse indicador na China, com as populações mais desfavorecidas e menos propensas a reportar recebimento de cuidados de saúde sempre que necessário, em comparação com as populações ribeirinhas.<sup>23</sup>

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, foi possível identificar que “a marcação de consultas e exames de média complexidade está associada a pouca resolutividade dos médicos da APS. A demora na marcação de consultas foi associada à falta de especialistas e às dificuldades na regulação do sistema de saúde municipal”.<sup>24:107</sup>

Em Quebec, no Canadá, foi identificado que o acesso a cuidados especializados (fisioterapia, psicoterapia e nutrição) é problemático para as pessoas que vivem na pobreza, uma vez que o acesso dessas pessoas em carências socioeconômicas é pelo sistema público de saúde, em que o tempo de espera é superior a um ano. Os participantes da pesquisa reconheceram que os recursos limitados do Sistema tornaram difícil o acesso aos cuidados. Para os profissionais de saúde da linha de frente, o problema mais significativo foi a falta de médicos de família na Província, o que afeta negativamente a saúde dos pacientes. Eles apontaram, por exemplo, que os pacientes frequentemente vão às salas de emergência depois de não terem recebido consultas nas clínicas de cuidados primários, pois suas condições não tratadas agravaram.<sup>25</sup>

As concepções de acesso, acessibilidade e resolutividade são contextualizadas pelos participantes desta pesquisa no acolhimento e humanização, na precisão de ampliar a cobertura populacional e o acesso, além de expressarem os sentimentos vivenciados pelos usuários e profissionais.

Um estudo realizado em Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, identificou que o acolhimento na ESF emergiu como um aspecto importante para aproximar a equipe de saúde aos usuários. “A escuta por parte da equipe permite o conhecimento das necessidades de saúde dos usuários a partir de sua realidade, e faz com que as ações atendam a demanda e sejam condizentes com suas possibilidades. [...] em síntese, a atuação da equipe ESF não se limita a medicar, consultar ou examinar, e passa à significância de acolher a pessoa em si, seja por meio de um diálogo, de um gesto ou de qualquer atitude de doação com a consciência do efeito terapêutico que isso proporciona”.<sup>26:4032</sup>

Outro fator que influencia diretamente na procura por ações de saúde é o envelhecimento da população, que traz uma mudança no perfil epidemiológico configurado pelas doenças crônicas e pelo aumento na demanda por serviços de saúde. Portanto, torna-se imprescindível fortalecer as estratégias de utilização dos recursos para atender às necessidades do envelhecimento.<sup>27</sup>

No Sul do Brasil, um estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento mostrou que “a população está habituada ao modelo tradicional de atenção, de modo que o atendimento centrado na doença se faz incisivamente presente no cotidiano de muitos usuários, evidenciado, principalmente, pela busca constante aos medicamentos e resolução imediata do problema,

ou seja, não há perspectiva em prevenção de agravos e promoção da saúde”.<sup>28;58</sup> Assim, “sem a reorganização dos serviços de saúde, com uma abordagem preventiva e integral que associe reflexão epidemiológica e planejamento de ações de saúde, não há saída”.<sup>29;1839</sup>

Embora a evidência do estudo realizado na província de Guangdong, China, sugerisse que ter uma fonte de cuidados habitual poderia melhorar a qualidade dos cuidados primários, isso ainda não é um requisito na China, e o governo não impõe restrições à seleção do provedor de cuidados de saúde. Por isso, os recursos de saúde podem não ser efetivamente utilizados, pois os pacientes se aglomeram no hospital terciário, embora suas doenças não sejam tão graves. Isso pode não só reduzir a qualidade dos cuidados primários recebidos, mas também um desperdício de recursos de saúde. O estudo sugeriu que, se houvesse uma política de saúde que orientasse os pacientes para usar uma unidade de cuidados habitual, a qualidade geral da APS poderia melhorar e o uso de recursos de saúde poderia ser mais apropriado, especialmente para o número crescente de pacientes com doença crônica, uma vez que a proporção de pacientes pesquisados sem uma fonte de cuidados habitual em Guangdong foi de 56%.<sup>30</sup>

Na Nigéria, um estudo mostrou que os participantes da pesquisa têm percepções precárias dos serviços gerais de saúde nas comunidades. Mais da metade dos usuários (50,4%) classificou os serviços de saúde como ruins, sendo essa classificação negativa pelos moradores rurais. Já os entrevistados periurbanos e urbanos, tiveram uma classificação 47,3%, considerando a precariedade dos serviços.<sup>22</sup>

Além da percepção do usuário sobre as condições dos serviços, a satisfação do profissional “com o trabalho é fundamental para que os usuários sintam na equipe a segurança de que precisam para assumirem a responsabilidade pelo seu plano terapêutico e autocuidado”<sup>26;4031</sup>, criando vínculo.

Ademais, os participantes deste estudo abordam a influência política e da corrupção, que é uma barreira que altera a prioridade do financiamento de recursos financeiros destinados à saúde e, assim, a demanda se torna problemática e interfere na assistência para um atendimento melhor para o cidadão.

A interação simbólica do acesso, acessibilidade e demanda apresentada pelos participantes, usuários e profissionais traduzem as experiências vividas e consideram os significados atribuídos às suas experiências e às suas relações em seu ambiente. A partir dessa compreensão, é possível ampliar os caminhos do conhecimento e da prática profissional. Tais percepções referem-se aos sentidos e sentimentos em relação à falta de acesso e acessibilidade em saúde e de perspectivas perante as demandas de saúde. O IS promove a interpretação, a definição do processo de interação entre as pessoas e de como isso pode ser modificado, dependendo da adaptação que ocorre nas ações dos atores envolvidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria da demanda na ESF permite explicitar a ótica de profissionais e usuários da ESF quanto às suas concepções e à dinâmica do acesso, da acessibilidade, da demanda e da assistência à saúde no cotidiano da ESF e dos serviços pelos quais são encaminhados. As concepções são traduzidas pelos significados singulares de dificuldades de acesso, elevada demanda espontânea e baixa resolutividade, configurando a deficiência na acessibilidade.

Como contribuições para a saúde e a enfermagem, este estudo apresenta subsídios para que os profissionais de saúde, usuários e gestores busquem, de forma colaborativa, estratégias de enfrentamento da elevada demanda espontânea e dificuldades de acesso. A ausência da participação dos gerentes dos setores sanitários do município é considerada como limitação da pesquisa, devido à rotatividade e por não contemplarem o critério de inclusão deste estudo. Propõe-se a replicação da teoria da demanda na ESF em outras realidades.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Concepção e desenho do estudo, análise de dados e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do artigo, responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Gianina Marcela Chávez.

Concepção e desenho do estudo, análise de dados e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do artigo, responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Selma Maria da Fonseca Viegas.

Interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do artigo, responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Gabriel Rios Roquini and Thiago Rocha Santos.

## EDITOR ASSOCIADO

Aline Aparecida Monroe

## REFERÊNCIAS

1. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet*. 2012 nov;17(11):2865-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. PMID:23175292.
2. Dresch RL. O acesso à saúde pública e a eficácia das normas de regulação do SUS [Internet]. 1. ed. Brasília: CONASS; 2015 [citado 2017 Jul 4]. Disponível em: [http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASSDIREITO\\_A\\_SAUDE-ART\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASSDIREITO_A_SAUDE-ART_18.pdf)
3. Tristão FI, Lima RCD, Lima EFA, Andrade MAC. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2016 jan/mar; [citado 2017 Jul 4];18(1):54-61. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15134/10715>
4. Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Cambridge: Harvard University Press; 1973.



5. Meneses CS, Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Andrade MGG, Santiago SM et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Cien Saude Colet*. 2017 jun;22(6):2013-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>. PMID:28614520.
6. Richard L, Furler J, Densley K, Haggerty J, Russell G, Levesque JF et al. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the impact international online survey of innovations. *Int J Equity Health*. 2016 abr;15(64):1-20. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0351-7>. PMID:27068028.
7. Shi L, Lee DC, Liang H, Zhang L, Makinen M, Blanchet N et al. Community health centers and primary care access and quality for chronically-ill patients – a case-comparison study of urban Guangdong Province, China. *Int J Equity Health*. 2015 nov;14(90):1-17. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0222-7>. PMID:26616048.
8. Monteiro CN, Beenackers MA, Goldbaum M, Barros MBA, Gianini RJ, Cesar CLG et al. Use, access, and equity in health care services in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2017 maio;33(4):1-13. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078015>. PMID:28538789.
9. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2014 dez;48(6):968-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005388>. PMID:26039400.
10. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) - Estratos para Certificação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [citado 2017 Jul 4]. Disponível em: [http://dabgerenciador.homologacao.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos\\_para\\_certificacao.php](http://dabgerenciador.homologacao.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php)
11. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate*; 2014 out;38(esp):34-51. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>
12. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Santos Neto PM. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saúde*. 2017 jan/abr;15(1):131-45. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00051>.
13. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saude Publica*. 2005 ago;21(4):1260-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400029>. PMID:16021264.
14. Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada (Tradução Luciane de Oliveira da Rocha) 2. ed. Porto Alegre: Artmed, Bockman; 2008.
15. Blumer H. A natureza do interacionismo simbólico. In: Mortensen C, organizador. *Teoria da Comunicação: textos básicos*. São Paulo: Mosaico; 1980. p. 87-104.
16. Blumer H. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1969.
17. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 21 set 2017 [citado 2017 Jul 4]. Available from: <http://www.conass.org.br/conass-informa-b-192-publicada-portaria-gm-n-2436-que-politica-nacional-de-atencao-basica-estabelecendo-revisao-de-diretrizes-para-organizacao-da-atencao-basica-no-ambito-do-sist/>
18. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*. 2015 jun;25(2):635-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>.
19. Silva SS, Mambrini JVM, Turci MA, Macinko J, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2016 out;32(10):1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00014615>
20. Paré-Plante A, Boivin A, Berbiche D, Breton M, Guay M. Primary health care organizational characteristics associated with better accessibility: data from the QUALICO-PC survey in Quebec. *BMC Fam Pract*. 2018 dec;19(188):1-8. <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-018-0871-x>. PMID:30509205.
21. Chagas HMA, Vasconcellos MPC. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. *Saude Soc*. 2013 jun;22(2):377-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200010>.
22. Onyeneho NG, Amazigo UV, Njebuome NA, Nwaorgu OC, Okeibunor JC. Perception and utilization of public health services in Southeast Nigeria: Implication for health care in communities with different degrees of urbanization. *Int J Equity Health*. 2016 jan;15(12):12. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0294-z>. PMID:26791575.
23. Alshamsan R, Lee JT, Rana S, Areabi H, Millett C. Comparative health system performance in six middle-income countries: cross-sectional analysis using World Health Organization study of global ageing and health. *J R Soc Med*. 2017 set;110(9):365-75. <http://dx.doi.org/10.1177/0141076817724599>. PMID:28895493.
24. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saude Soc*. 2015 mar;24(1):100-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>.
25. Loignon C, Hudon C, Goulet É, Boyer S, De Laat M, Fournier N et al. Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the equihealthy project. *Int J Equity Health*. 2015 jan;14(4):4. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0135-5>. PMID:25596816.
26. Machado LM, Colomé JS, Silva RM, Sangoi TP, Freitas NQ. The meaning of professional making at Family health strategy: primary care as scenario practice. *J Res Fundam Care*; 2016 jan;8(1):4026-35. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4026-4035>
27. Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CD, Santos VC, Acurcio FA, Andrade EIG. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad Saude Publica*. 2014 jan;30(1):31-43. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176812>. PMID:24627011.
28. Baratieri T, Almeida KP, Lentsck MH, Natal S. Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. *Rev Saú Públ Paraná*. 2017 jul;18(1):54-63. <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2017v18n1p54>.
29. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saude Publica*. 2012 out;28(10):1834-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000003>. PMID:23090164.
30. Du Z, Liao Y, Chen CC, Hao Y, Hu R. Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province, China. *Int J Equity Health*. 2015 jul;14(60):60. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0189-4>. PMID:26227113.