

Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura

Integrative literature review: access to primary healthcare services

Acceso a los servicios de la Atención Primaria de Salud: revisión integradora de la literatura

Maura Cristiane e Silva Figueira¹, Wellington Pereira da Silva¹, Eliete Maria Silva¹

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Figueira MCS, Silva WP, Silva EM. Integrative literature review: access to primary healthcare services. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1178-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>

Submissão: 12-05-2017

Aprovação: 09-10-2017

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica que descreve a forma de acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde e identificar as populações específicas que têm acesso diferenciado aos serviços de saúde. **Método:** revisão integrativa. Para a seleção dos estudos, utilizou-se as bases de dados: PubMed, Scopus, Bireme e Cinahl. A amostra incluiu 22 artigos nacionais e internacionais. **Resultados:** descrever sobre o acesso de populações específicas aos serviços em saúde, acesso a cuidados primários por meio de planos de saúde e algumas proposições para melhorar o acesso. **Conclusão:** o acesso aos serviços é um desafio em muitos países e algumas estratégias e políticas são implementadas para a resolução e melhoria do cuidado na atenção primária. **Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária em Saúde; Sistemas de Saúde; Política de Saúde; Comunidades Rurais.

ABSTRACT

Objective: Analyze the scientific production that describes the type of access to primary healthcare services and identify specific populations that have differentiated access to health services. **Method:** An integrative review. For study selection, the following databases were used: PubMed, Scopus, Bireme, and Cinahl. The sample included 22 national and international articles. **Results:** The results describe the access of specific populations to health services, the access to primary care through health plans and proposed improvements to the access to primary care. **Conclusion:** The access to services is a challenge in many countries and some strategies and policies are implemented to solve and improve primary health care. **Descriptors:** Access to Health Services; Primary Health Care; Health Systems; Health Policies; Rural Communities.

RESUMEN

Objetivo: analizar la producción científica que describe la forma de acceso a los servicios de la Atención Primaria de Salud e identificar las poblaciones específicas que tienen acceso diferenciado a los servicios de salud. **Método:** revisión integradora. Para seleccionar los estudios, se utilizaron las bases de datos: PubMed, Scopus, Bireme y Cinahl. La muestra incluyó 22 artículos nacionales e internacionales. **Resultados:** describir sobre el acceso de poblaciones específicas a los servicios de salud, acceso a cuidados primarios por medio de seguros médicos y algunas propuestas para mejorar el acceso. **Conclusión:** el acceso a los servicios es un reto en muchos países y algunas estrategias y políticas son aplicadas para la resolución y perfeccionamiento del cuidado en la atención primaria. **Descritores:** Acceso a los Servicios de Salud; Atención Primaria en Salud; Sistemas de Salud; Política de Salud; Comunidades Rurales.

AUTOR CORRESPONDENTE

Maura Cristiane e Silva Figueira

E-mail: mauracsfgmail.com

INTRODUÇÃO

Na maioria dos países os cuidados primários são essenciais e reorganizam os sistemas de saúde, proporcionando a possibilidade de uma melhor assistência aos indivíduos, além de basearem-se em métodos e tecnologias que devem estar próximos à população, de seus trabalhos e de suas famílias, sendo o primeiro contato com o serviço de saúde⁽¹⁾. Estudos demonstraram que as dificuldades da acessibilidade às ações na atenção primária não estão apenas relacionadas ao aspecto geográfico, mas também à falta na oferta de serviços que levam em conta aspectos organizacionais, econômicos, sociais, culturais, religiosos, epidemiológicos e de comunicação com a equipe⁽²⁻⁴⁾.

O acesso é um fator importante para explicar as variações na utilização e na oferta de serviços de saúde de grupos populacionais e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde⁽⁵⁾. Alguns grupos populacionais específicos permanecem em situação de vulnerabilidade e deficitários nas questões de acesso e inclusão nos programas de saúde, tais como imigrantes, quilombolas, assentados e populações indígenas. Para tanto, embora o acesso e a acessibilidade sejam utilizados frequentemente como sinônimos, têm significados diferentes, ainda que complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade⁽⁴⁾.

Portanto, garantir o acesso e a acessibilidade aos serviços, e que sejam de qualidade, são das mais destacadas responsabilidades dos sistemas públicos universais de saúde, na perspectiva de viabilizar não apenas a atenção aos problemas de saúde agudos e crônicos, mas também articular ações de promoção de saúde, prevenção e proteção de agravos⁽⁶⁾.

Em todos os países em que se faz presente, a organização da atenção primária e a prestação de serviços são reguladas por vários atos legislativos criados e geridos de maneira que proporcionem acesso, cuidado integral, longitudinalidade e minimização dos custos no setor⁽⁷⁾.

Para sistematizar os conhecimentos sobre o tema, realizamos levantamentos bibliográficos em bases de dados, nacionais e internacionais, em busca de aspectos e/ou iniciativas relacionadas ao acesso de usuários e de populações específicas aos serviços de saúde da atenção primária, seguindo as seguintes questões norteadoras: como é o acesso aos serviços de saúde em diversos países? As populações específicas têm garantias diferenciadas de acesso?

Para esta revisão, foi estruturado um projeto para o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), vinculado à pesquisa de doutorado em desenvolvimento junto ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde (GEPEPES).

OBJETIVO

Analisar a produção científica que descreve a forma de acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) e

identificar as populações específicas que tem acesso diferenciado aos serviços de saúde.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por uma revisão integrativa da literatura sobre o acesso à atenção primária em saúde. Durante a realização da pesquisa buscamos de forma sistemática identificar artigos, em diferentes bases de dados, que contemplassem as questões iniciais do estudo e fornecessem subsídios para fomentar esta discussão.

Para sistematização da revisão integrativa seguimos as seguintes etapas⁽⁸⁻⁹⁾: Identificação do tema, das questões de pesquisa e dos objetivos; definição das bases de dados e os critérios para inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas e categorização; avaliação dos estudos incluídos na revisão, por no mínimo dois pesquisadores e, no caso de discordância, por um terceiro no intuito de evitar viés; interpretação dos resultados; apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Para a busca dos artigos foram selecionados os descritores do Medical Subject Headings (MeSH). Realizamos combinações entre os quatro descritores selecionados como estratégia de busca usando o operador booleano "and" visando resultados mais significativos: (1) "Health Care Accessibility", "Primary Health Care" e "Health Care Reform"; e (2) "Rural settlements". A coleta dos artigos foi realizada nas bases de dados Public MEDLINE (PubMed), SciVerse Scopus (Scopus), The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME). A busca ocorreu de setembro de 2016 a janeiro de 2017. Foram selecionados artigos publicados no período de 2012-2016 (cinco anos), disponíveis em português, inglês ou espanhol e que tratassem sobre a temática.

Na primeira etapa da pesquisa encontramos 824 artigos, que foram exportados para o gerenciador de referências End-Note. Após a exportação, 40 artigos que estavam duplicados foram excluídos no gerenciador, restando 784 artigos. Realizamos a revisão dos títulos e resumos por dois examinadores, sendo que 689 foram excluídos por não terem sido considerados pertinentes para a construção do estudo, totalizando 95 artigos (Figura 1). Os 95 artigos foram lidos na íntegra, sendo utilizado um instrumento para coleta de informações tais como: autor, título, periódico/ano de publicação, base de dados da coleta, objetivo, metodologia usada, principais resultados trazidos e conclusões/recomendações do estudo.

Durante esta segunda avaliação procedeu-se o preenchimento do instrumento, novamente alguns artigos foram excluídos seguindo-se os critérios: 10 duplicados que não haviam sido identificados anteriormente pelo gerenciador de referências EndNote; 16 que não eram artigos completos e 47 que não respondiam as questões de pesquisa (Figura 1).

RESULTADOS

No total selecionamos 22 artigos, entre os anos de 2012 e 2015, para compor este estudo. Houve um predomínio dos

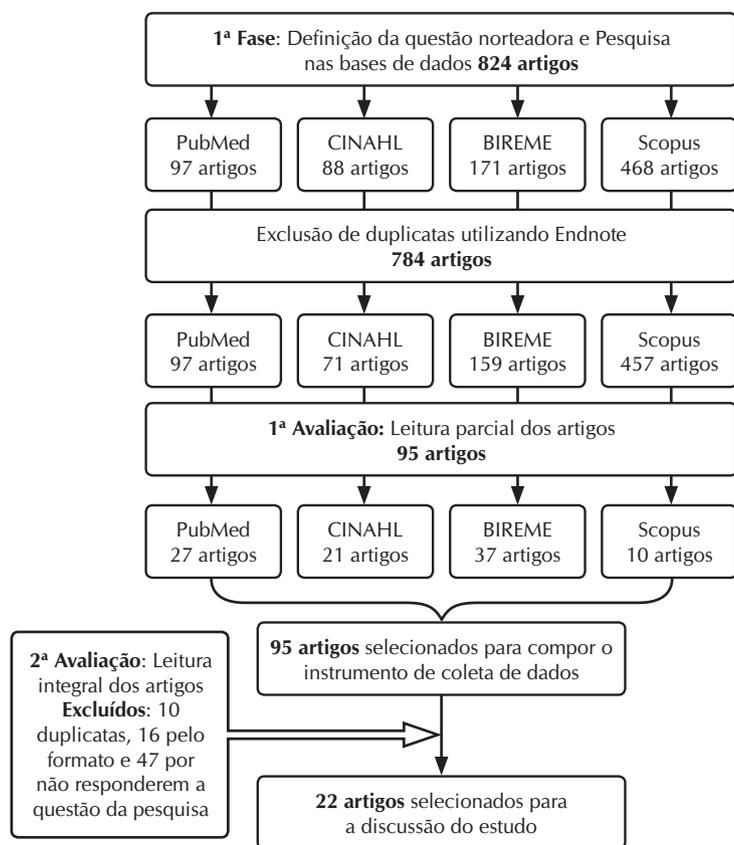


Figura 1 – Representação esquemática do fluxograma de busca e seleção dos artigos nas bases de dados, 2016

artigos na base de dados BIREME (59%) seguido da PubMed (22%). A maioria dos estudos em inglês, 19 artigos e três em português. Quanto à metodologia empregada, houve predomínio de estudos com abordagem qualitativa (11 artigos) seguidos de quantitativos (sete), revisão de literatura (dois artigos), e qualitativo e quantitativo (dois artigos).

Os estudos foram realizados em 11 diferentes regiões do mundo: oito nos Estados Unidos da América, quatro no Brasil, dois na Austrália e um em cada região seguinte: Equador, Grécia, Irã, Japão, Malásia, Nova Zelândia, Países Bálticos e Suriname.

A descrição dos estudos é mostrada de acordo com os temas convergentes para a análise por categorias, devido às questões norteadoras sobre as publicações de como ocorre o acesso aos serviços em saúde nos países e regiões e quais populações específicas, tais como assentados, quilombolas, aborígenes e imigrantes apresentam alguma garantia diferenciada para o acesso. Agrupamos em três temas de acordo com o encontrado, que são: acesso de populações específicas aos serviços em saúde (Quadro 1: cinco artigos), acesso aos cuidados primários por planos de saúde (Quadro 2: cinco artigos) e proposições para melhorar o acesso à APS (Quadro 3: 12 artigos).

Quadro 1 – Descrição dos artigos sobre o acesso de populações específicas aos serviços de saúde, segundo autoria, ano de publicação, periódico, país, objetivo, metodologia e principais resultados, 2016

Autoria/periódico/país	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
Vargas BA et al. ⁽¹⁰⁾ (2012) J Immigr Minor Health EUA	Identificar diferenças no acesso dos serviços de saúde por imigrantes mexicanos, documentados ou não documentados, nos EUA.	Quantitativa: dados da California Health Interview Survey (CHIS) (estudo populacional realizado por telefone). Testes Chi-square para determinar o acesso.	Os imigrantes documentados apresentam probabilidade de no mínimo uma visita ao médico. Os imigrantes não documentados excluídos do Patient Protection and Affordable Care Act não têm acesso aos serviços de saúde.
Santos JCB, Hennington EA ⁽¹¹⁾ (2013) Cad Saúde Pública Brasil	Analisar os modos de vida e os significados atribuídos por assentados do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) à saúde e as suas relações com o trabalho; Identificar as estratégias desenvolvidas para manter e/ou promover a saúde.	Qualitativa: análise documental; Observação da comunidade; 11 entrevistas e grupo focal; Análise do conteúdo.	Os assentados atribuem ao trabalho os sentidos de liberdade e satisfação, autogestão e autonomia, considerados fundamentais para a saúde. Acesso à saúde: necessidade de deslocamento até as cidades vizinhas para oferta dos serviços; Falta de atendimento; O uso das plantas medicinais como escolha pela falta de acesso;
Moss JA ⁽¹²⁾ (2014) Invest Educ Enferm Equador	Descobrir e compreender as crenças e práticas de saúde dos equatorianos mestiços dentro do Equador rural.	Qualitativa: entrevistas semiestruturadas (28 informantes) e observação. Etnoenfermagem de Leininger. Análise: Software qualitativo NVIVO8.	A figura do curandeiro é um recurso primário, secundário ou terciário de saúde e/ou o uso de plantas medicinais. Vivem com muitas necessidades e múltiplas barreiras nos cuidados de saúde.

Continua

Quadro 1 (cont.)

Autoria/periódico/país	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
Santos RC, Silva, MS ⁽¹³⁾ (2014) Saude Soc Brasil	Investigar as condições de saúde e os itinerários terapêuticos dos indivíduos de duas comunidades quilombolas de Goiás.	Quantitativa e qualitativa: questionário com responsáveis de 52 famílias (188 pessoas); entrevistas semiestruturadas com informantes-chaves e a observação participante.	Resultados classificados nos eixos temáticos: condições de vida, serviços de saúde e itinerário terapêutico. Apresentam dificuldades de acesso à qualidade e aos serviços públicos básicos de saúde.
Wunsch S et al. ⁽¹⁴⁾ (2014) Rev Gaucha Enferm Brasil	Conhecer as práticas de cuidado no olhar das famílias residentes em um assentamento rural na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.	Qualitativa: etnografia Modelo Observação-Participação-Reflexão.	O assentamento rural precário impõe dificuldade para as famílias acessarem aos serviços de saúde. As famílias vivem com cobertura de serviços escassos; usam seu modo cultural para o cuidado necessário.

Quadro 2 – Acesso aos cuidados primários por planos de saúde, segundo autoria, ano de publicação, periódico, país, objetivo, metodologia e principais resultados, 2016

Autoria/periódico/país	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
Bond AM, White C ⁽¹⁵⁾ (2013) Health Serv Res EUA	Examinar se a expansão da cobertura para adultos não idosos afetou a utilização dos cuidados primários entre os beneficiários do Medicare em Massachusetts.	Quantitativa: utilizado o arquivo de dados do Medicare	Comparando com outros estados, houve um aumento de 6,7% nas consultas de cuidados primários no Medicare e uma diminuição de 7% da população sem uma visita anual a um médico da atenção primária em saúde.
Dow AW et al. ⁽¹⁶⁾ (2013) Acad Med EUA	Comparar o seguro do Virginia Coordinated Care (VCC) com o programa Patient Protection (PP) e Affordable Care Act (ACA)	Quantitativa: dados do VCC. Grupos de complexidade médica expostas: SpecifCare (1,2%), EpisodiCare (62%), CroniCare (16,4%), ComplexiCare (8,7%).	Na comparação do Virginia Coordinated Care com o Patient Protection e Affordable Care Act tem-se que, para melhorar o acesso é necessário a expansão dos serviços da atenção primária, das residências terapêuticas para doenças crônicas e o treinamento continuado dos profissionais de saúde.
Cheng TL, Wise PH, Halfon N ⁽¹⁷⁾ (2014) Pediatrics EUA	Expandir ideias sobre o impacto do Affordable Care Act sobre a saúde das crianças americanas.	Quantitativa: utilizou-se uma ferramenta prática em forma de checklist estatal.	Verificou-se que a cobertura do plano não assegura a disponibilidade de cuidados primários à criança, tendo como principais fatores: as dificuldades de acessibilidade, a não inscrição familiar, a imigração e a não proficiência no inglês.
Rhodes K et al. ⁽¹⁸⁾ (2014) JAMA Intern Med EUA	Avaliar a disponibilidade de consultas de atenção primária por estado e status dos seguros de saúde.	Quantitativa: contato telefônico do escritório de atenção primária em 10 estados norte-americanos (11.347 chamadas realizadas).	Número maior de consultas disponíveis agendadas para seguros privados do que para o Medicaid. Nos estados, as ligações realizadas, passando-se por pacientes do Medicaid, foram piores dos que se passaram por pacientes com planos privados para a obtenção de uma consulta de atenção primária.
Ortega NA, Rodriguez HP, Vargas BA ⁽¹⁹⁾ (2015) Annu Rev Public Health EUA	Realizar uma revisão sobre políticas e serviços de saúde que afetam aos latinos residentes nos Estados Unidos e são relevantes para a compreensão do impacto da ACA na saúde dessa população.	Estudo de Revisão da literatura.	Verificou-se que os latinos têm pior acesso geográfico aos cuidados de saúde nos EUA, devido à migração ou por viverem em áreas rurais; pela dificuldade do idioma com os profissionais da saúde. Sugere-se que a Affordable Care Act deve tornar os cuidados preventivos mais acessíveis para os latinos.

Quadro 3 – Descrição dos artigos sobre proposições para melhorar o acesso à Atenção Primária em Saúde, segundo autoria, ano de publicação, periódico, país, objetivo, metodologia e principais resultados, 2016

Autoria/periódico/país	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
Grant R, Greene D ⁽²⁰⁾ (2012) Am J Public Health EUA	Resumir o modelo de casa de saúde e a evidência para sua eficácia clínica e de saúde pública.	Qualitativa: narrativa sobre o modelo de casa de saúde como um meio para que a APS possa atingir os objetivos de aumentar o acesso aos cuidados, reduzir as disparidades e integrar os cuidados com os sistemas de saúde pública.	O modelo de casa de saúde aumenta o acesso às pessoas de baixa renda e de minorias raciais/étnicas. A casa fornece os serviços de inscrição no seguro de saúde, de transporte, o horário de funcionamento prolongado e a integração dos principais serviços especializados.
Jiwa M et al. ⁽²¹⁾ (2012) Qual Prim Care Malásia	Relatar sobre o sistema de saúde da Ásia utilizando a Malásia como exemplo.	Qualitativa: relato de caso sobre o sistema de saúde da Malásia	O sistema de saúde primário financiado pelo governo é o principal prestador de serviços. A maioria dos malaios desfruta de excelente acesso aos cuidados de saúde. Somente uma proporção significativa, residentes no Leste do país e os aborígenes têm acesso limitado.
Tan L, Carr J, Reidy J ⁽²²⁾ (2012) NZMJ Nova Zelândia	Fornecer evidências sobre a eficácia dos investimentos nos cuidados primários de saúde na Nova Zelândia.	Quantitativa e qualitativa: a eficácia dos investimentos foi medida por meio do Conselho de Saúde do Distrito, da Capital e pelo quadro de indicadores da APS.	Verificou-se que houve um aumento e redistribuição dos cuidados primários e da força de trabalho; melhor disponibilidade de médicos clínicos gerais, e alocação de trabalhadores comunitários em áreas mais pobres. Também houve a redução das internações ambulatoriais e do uso de serviços de emergências.
Polluste K et al. ⁽⁷⁾ (2013) Health Policy Países bálticos	Monitorar os indicadores de acesso à APS, da continuidade do atendimento e dos aspectos da experiência do paciente para discutir a adequação do instrumento PHAMEU na comparação internacional de sistemas de atenção primária.	Quantitativo: utilizou o instrumento PHAMEU para a monitorização da atividade dos cuidados primários para a Europa (abrangeu os 27 Estados-Membros da União Europeia, a Turquia, a Islândia, a Noruega e a Suíça).	Constatou-se que na Lituânia, a política de acesso não está bem definida. Nos países bálticos, as organizações existentes de médicos ou de pacientes para os atendimentos contribuem informalmente para as políticas da atenção primária. Para a medicina de família, deve ter um mínimo de horas de trabalho com visitas às prioridades. Para a comparação dos sistemas de saúde, cada país deve usar formulários próprios para organizar seus dados.
Groenewegen PP, Jurgutis A ⁽²³⁾ (2013) Qual Prim Care Grécia	Avaliar a situação dos cuidados primários para a população grega.	Qualitativa: a avaliação dos cuidados primários na Grécia foi feita com base na literatura existente, em visitas aos locais na atenção primária e em consultas com as partes interessadas.	Verificou-se que a governança é fragmentada. Não existe um sistema de listas de pacientes; os pagamentos privados são elevados. Existem muitos médicos, mas poucos clínicos gerais e enfermeiros e estão distribuídos de forma irregular no país causando dificuldades no acesso, na continuidade, na coordenação e na abrangência dos cuidados primários.
Thomas SL, Wakeman J, Humphreys JS ⁽²⁴⁾ (2014) BMC Fam Pract Austrália	Fornecer um modelo para os formuladores de políticas, prestadores de serviços e usuários, determinando quais os serviços da atenção primária devem estar disponíveis para todos os australianos.	Quantitativo: o método de Delphi foi utilizado pra chegar a um consenso de 39 especialistas (em atenção primária em saúde rural, remota e/ou indígena) sobre a lista de serviços que deveriam estar disponíveis. Uma escala de Liket foi utilizada para priorizar os serviços.	Os serviços de maior consenso foram: cuidados aos doentes e lesionados, saúde materna e infantil, prevenção de doenças e saúde oral. Para o apoio aos serviços: gestão/ governança/ liderança e coordenação. Verificou-se dificuldade no recrutamento de profissionais e manutenção de mão-de-obra qualificada, na extensão da infraestrutura e na garantia de qualidade e acessibilidade.

Continua

Quadro 3 (cont.)

Autoria/periódico/país	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
Bodenheimer T et al. ⁽²⁵⁾ (2014) Ann Fam Med EUA	Formular elementos essenciais da atenção primária, chamados de os 10 blocos de construção dos cuidados primários de alto desempenho.	Qualitativo: estudo de caso; analisados dados de sites em saúde, de 23 práticas exemplares da APS, experiências dos pesquisadores como facilitadores em mais de 25 práticas, revisão de modelos existentes e pesquisas sobre a melhoria da APS.	Os 10 blocos considerados foram: Liderança; Melhorias baseadas em indicadores; Cuidados realizados em equipe; Parceria entre paciente e equipe; Gestão populacional; Continuidade do cuidado; Acesso rápido; Compreensão e coordenação dos cuidados e Propostas de modelo para o futuro dos serviços da APS.
Aguilera CCE, Brandão AL, Bocater PPM ⁽²⁶⁾ (2014) Physis Brasil	Investigar as dimensões mais valorizadas pelos usuários nos serviços de saúde	Qualitativo: grupos focais e análise de conteúdo	Como resultados chegou-se ao total de 17 dimensões. As mais citadas foram: acesso e disponibilidade do serviço; organização dos processos de trabalho; relação com os profissionais de saúde; longitudinalidade e vínculo entre profissionais e usuários e coordenação do cuidado.
Esmaeili R et al. ⁽²⁷⁾ (2015) Glob J Health Sci Irã	Compreender as perspectivas dos deliberadores políticos e do sistema de saúde do Irã sobre a implementação da medicina de família em áreas urbanas do país.	Qualitativa: entrevistas com os deliberadores políticos e de cinco principais organizações do projeto de médicos de família (27 entrevistas). Método framework para a análise de dados.	As perspectivas são que a implementação do projeto de medicina de família, facilitará o acesso às consultas médicas, na extensão dos cuidados e na criação de redes de referência; Entendem que a medicina de família melhora o acesso financeiro e geográfico à saúde.
Reeve C et al. ⁽²⁸⁾ (2015) Med J Aust Austrália	Avaliar o impacto de um modelo de serviços de APS a partir de indicadores-chave de desempenho em saúde e a associação com o aumento do uso dos cuidados, em uma região remota da Austrália.	Quantitativa: estudo documental, sendo avaliados de acordo com o National Key Performance Indicators for Aboriginal and Torres Strait Islander para a APS com o comando de tendência não paramétrico Stata versão 10 (StataCorp).	Verificou-se que, o aumento dos insumos políticos e estruturais resultou no aumento da atividade da atenção primária, com isso, diminuindo o fluxo dos serviços de urgência. Houve um aumento geral no acesso aos serviços da atenção primária, principalmente, para as comunidades periféricas.
Takamura A ⁽²⁹⁾ (2015) Qual Prim Care Japão	Apresentar uma investigação sobre a história da atenção primária no Japão e mostrar os problemas e situações atuais.	Qualitativo: relato de caso que aborda os “Cuidados Primários no Japão” nos aspectos da História da Atenção Básica, do Sistema Médico e da Educação Médica.	Atualmente, o governo japonês está tentando introduzir o General Practitioner/Family Physician (GP/FP) para melhorar a relação custo-eficácia e oferecer melhores cuidados à comunidade. Propõem mudar o modelo de formação da educação médica para priorizar a atenção primária.
Larye S, Goede H, Barten F ⁽³⁰⁾ (2015) Rev Panam Salud Publica Suriname	Fornecer uma visão geral do desenvolvimento e implementação de cuidados primários em saúde mais abrangentes no Suriname.	Revisão de literatura: três artigos selecionados e analisados.	Existe escassez de pesquisas nessa temática. Percebem-se visões parciais dos cuidados primários no país e de exemplos da prática; Verifica-se o foco na rede de serviços no interior para melhorar o acesso rural, treinando os membros da própria comunidade para assistência.

Acesso de populações específicas aos serviços em saúde

Na análise dos artigos, destacamos as possibilidades de acesso ou não acesso de populações específicas aos serviços em saúde demonstradas nos estudos em alguns países.

Um estudo⁽¹²⁾ investigou a situação de saúde, as práticas e crenças de mestiços rurais equatorianos, o papel do enfermeiro na região rural do Equador e as implicações para o cuidado futuro desse grupo. Destaca a aldeia de Tosagua, em que não há um centro de cuidados intensivos ou de cuidados urgentes,

existindo farmácias no local, apenas três médicos e curandeiros (folk-healers) que fazem os primeiros cuidados necessários. O acesso à outros serviços ocorre há mais de uma hora de distância para uma cidade maior⁽¹²⁾.

No Brasil, dois estudos sobre assentados^(11,14) analisaram os modos de vida, os significados atribuídos à saúde e as suas relações com o trabalho, identificando as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para manter e/ou promover a saúde. Foram destacados pelos assentados problemas de acesso em saúde

referindo a necessidade de deslocamento até as cidades vizinhas, onde se encontram ofertas dos serviços, além da dificuldade e da falta do atendimento nesses locais. As plantas medicinais são usadas de forma individual ou por núcleos familiares, sendo algumas vezes, a primeira escolha para o tratamento de doenças pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde^(11,14).

Ainda no Brasil, em comunidades quilombolas no estado de Goiás, foram estudadas as condições de vida e seus itinerários terapêuticos sendo encontradas dificuldades, tais como: a distância entre a comunidade e os serviços; a rotatividade dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde, devido à infraestrutura da comunidade e a subestimação dos profissionais quanto à eficácia dos remédios caseiros. As comunidades apresentam dificuldades de acesso e qualidade aos serviços públicos básicos, no entanto, as redes sociais de parentesco e vizinhança e os costumes tradicionais conduzem aos diferentes caminhos terapêuticos⁽¹³⁾.

Nos Estados Unidos da América (EUA), um estudo buscou identificar diferenças no acesso e na utilização dos serviços de saúde por imigrantes mexicanos documentados e não documentados⁽¹⁰⁾. Os imigrantes documentados apresentam maior probabilidade de realizarem pelo menos uma visita ao médico. A proficiência no inglês e o tempo nos EUA são significativos para explicar as diferenças no acesso e na utilização dos cuidados de saúde. A exclusão dos imigrantes não documentados do Patient Protection (PP) e Affordable Care Act (ACA) promove o acesso e a utilização dos serviços de saúde menos equitativo entre os documentados e não documentados⁽¹⁰⁾.

Acesso aos cuidados primários por planos de saúde

Estudos que tratam sobre a utilização e comparação de planos de saúde para o acesso aos cuidados primários estão presentes nesta revisão, tais como os implantados nos EUA: Medicaid, Patient Protection, Affordable Care Act, Programa do Seguro de Saúde da Criança e Virginia Coordinated Care.

Um estudo⁽¹⁵⁾ examinou o Medicaid na população de Massachusetts e as suas tendências na utilização de cuidados primários. Em 2006, houve uma mudança de política em âmbito estadual e a reforma da saúde aumentou significativamente a cobertura do seguro entre não idosos, ao contrário de outros estados próximos. Com isso, em áreas com maior expansão de seguros houve um aumento na utilização de cuidados primários e conseqüentemente, uma diminuição na hospitalização, comparado às outras áreas.

Após a implementação da ACA, houve a preocupação com o futuro status do Programa do Seguro de Saúde da Criança (CHIP), pois, a elegibilidade de uma criança à um seguro de saúde, não garante a sua inscrição e o seu acesso. Como exemplo, em 2009 aproximadamente dois terços das crianças eram elegíveis ao seguro, mas não estavam no Medicaid ou no CHIP. O processo de inscrição não é acessível para famílias com pouca proficiência no inglês⁽¹⁷⁾. Cheng et al⁽¹⁷⁾ asseguram que a presença de profissionais para o trabalho de cuidados primários pediátricos que participem em todos os seguros públicos e privados se faz necessário para garantir a qualidade e a continuidade do cuidado, bem como o acesso.

Dow et al⁽¹⁶⁾ realizaram um estudo do Virginia Coordinated Care (VCC), em comparação ao programa PP e ACA, sendo utilizado o banco de dados do VCC para obterem as informações

e os dados clínicos dos pacientes cadastrados no programa. Quatro categorias de complexidade médica foram desenvolvidas: o SpecifCare, para pacientes com diagnóstico especializado (HIV, neoplasias, abuso de substâncias, etc); o EpisodiCare, para menor complexidade médica; o CroniCare, para complexidade médica intermediária; e o ComplexiCare, em pacientes com maior complexidade médica. Com base nos dados, 62% dos pacientes foram classificados com EpisodiCare, sendo que a maioria desse grupo nunca visitou o médico de atenção primária pelo programa VCC até o ano de 2012. A sugestão para melhorar o acesso são os serviços de residências terapêuticas a pacientes com doenças crônicas e o treinamento continuado dos profissionais de saúde para que estejam preparados para as mudanças das Políticas de Atenção à Saúde.

O estudo avaliou a disponibilidade de consultas de atenção primária para novos pacientes próximo da reforma do ACA por estado e status dos seguros. Realizaram a simulação de agendamentos, para verificar a disponibilidade das consultas de atenção primária nesses locais para adultos não idosos em 10 estados norte-americanos. Para os que conseguiram marcar consultas, o tempo médio de espera variou entre cinco a oito dias, tanto para os seguros privados quanto para o Medicaid, observando-se maior acesso ao seguro privado⁽¹⁸⁾.

Em se tratando de seguro de grupos específicos, os latinos têm pior acesso geográfico aos cuidados de saúde nos EUA, geralmente devido à migração ou por viverem em áreas rurais. Recebem cuidados menos abrangentes, geralmente por causa da dificuldade do idioma com os profissionais da saúde. Estima-se que, se todos os estados participassem do programa de expansão do Medicaid, 95% dos latinos não segurados poderiam qualificar-se para o seguro. Em 2012, o supremo tribunal norte americano tornou a expansão da ACA Medicaid voluntária para os governos estaduais. Se houvesse a implementação da ACA, os cuidados preventivos seriam mais acessíveis para os latinos, pois as disposições exigem que a maioria dos planos de seguros cubra as ações de prevenção, sem aumento de custo⁽¹⁹⁾.

Proposições para melhorar o acesso à Atenção Primária em Saúde

Dos estudos encontrados observamos, para esta categoria, que alguns países sugerem propostas de estruturação, organização ou implementação de práticas que proporcionem melhoria ao acesso dos cuidados primários em saúde.

Bodenheimer et al⁽²⁵⁾, estudando práticas consideradas exemplares da APS e outras centradas no paciente, formularam o que foi chamado de os 10 blocos de construção de cuidados primários. Esses blocos incluem quatro elementos fundamentais que são: a "Liderança comprometida" que são práticas de alto desempenho e que tem líderes que criam metas, objetivos e são comprometidos no processo de mudança; a "Melhoria baseada em dados" que considera a monitorização dos indicadores existentes; o "Empanelment" que significa relacionar cada paciente a uma equipe para melhorar a continuidade do cuidado e a parceria entre ambos; e "Cuidados em equipe" que são as práticas realizadas por equipes. Esses quatro blocos ajudam na implementação dos outros seis blocos de construção: equipe do paciente, gestão da população, continuidade do

cuidado, rápido acesso aos cuidados, abrangência do cuidado (coordenação) e um modelo para o futuro⁽²⁵⁾.

Na Europa, pesquisadores utilizaram um instrumento chamado Monitoring the Primary Health Care Activity for Europe (PHAMEU) para monitorar os indicadores tais como o acesso à APS, a continuidade de atendimento e alguns aspectos da experiência do paciente. O projeto PHAMEU abrangeu os 27 Estados-Membros da União Europeia, a Turquia, a Islândia, a Noruega e a Suíça. Em todos os países bálticos, as organizações das partes interessadas nos cuidados (por exemplo, organizações de profissionais médicos ou de pacientes) contribuíam para o desenvolvimento de políticas da APS⁽⁷⁾.

Um modelo de casa de saúde foi aprovado, no final de 2010, pela Associação Americana de Saúde Pública como meio para que a atenção primária pudesse contribuir para atingir os objetivos da saúde pública e aumentar o acesso aos cuidados, reduzindo as disparidades e melhorando a integração dos cuidados com os sistemas de saúde pública. Esse modelo enfatiza o cuidado contínuo, abrangente, coordenado e centrado na família, bem como prioriza as pessoas de baixa renda, raças e etnias que são minorias, com menor acesso aos serviços de boa qualidade⁽²⁰⁾.

O sistema primário de saúde da Malásia foi usado como exemplo pelos gestores para projetar soluções para os desafios em saúde em toda a Ásia. O sistema é financiado pelo governo, sendo o principal prestador de serviços, com despesas chegando a 58,4% do total do orçamento nacional de saúde em 2006, por isso propôs uma reforma do sistema de financiamento da saúde. Enquanto a maioria dos malaios desfruta de excelente acesso aos cuidados de saúde, uma proporção significativa, particularmente aqueles com modestos meios de vida, residentes no Leste do país e os aborígenes malaios, tem o acesso limitado⁽²¹⁾.

A APS é considerada prioridade para fornecer cuidados de qualidade às doenças crônicas e melhorar a relação custo-benefício para os malaios. Apesar dos progressos significativos, desenvolvimento de infraestrutura e serviços de cuidados, a Malásia, seja no setor público ou privado, ainda está orientada para doenças agudas, episódicas, cuidados às doenças crônicas, bem como a saúde materna e infantil⁽²¹⁾.

Na Austrália, em uma região remota, avaliou-se o impacto de um modelo abrangente de serviços de APS (parceria entre um serviço de saúde controlado pela comunidade aborígene, um hospital e um serviço comunitário de saúde no noroeste da Austrália Ocidental), a partir dos principais indicadores de desempenho em saúde e de análise de como as mudanças no modelo de prestação de serviços foram associados ao aumento do uso de cuidados da atenção primária⁽²⁸⁾. Ainda na Austrália, outro estudo propôs construir um modelo para os formuladores de políticas, prestadores de serviços e usuários, determinando quais serviços da atenção primária deveriam estar disponíveis para os australianos que vivem em comunidades rurais e remotas (lista de serviços e funções de suporte essenciais na APS)⁽²⁴⁾.

Os serviços que obtiveram maior consenso entre os especialistas foram: cuidados com doentes e lesionados, saúde materna e infantil, prevenção da saúde e saúde oral. Em função do apoio os consensos estão na gestão/governança/liderança

e coordenação. Alguns dos desafios inerentes à prestação de serviços identificados, incluíam dificuldade no recrutamento e manutenção de trabalhadores qualificados, manutenção e extensão da infraestrutura, garantia de qualidade e segurança do serviço e garantia de acessibilidade⁽²⁴⁾.

Na Nova Zelândia foi realizado um maior investimento na APS e posteriormente se avaliou o impacto nos cuidados em saúde para demonstrar a necessidade de políticas de saúde mais abrangentes. Como resultado, constatou-se: maior acesso aos cuidados primários para populações mais pobres e de outras etnias, redução das internações ambulatoriais sensíveis e do uso de emergências, aumento da cobertura de imunizações, redistribuição da força de trabalho e, conseqüentemente, melhores resultados de saúde⁽²²⁾.

No Brasil, um estudo foi realizado para investigar as dimensões mais valorizadas pelos usuários nos serviços para a construção de instrumentos mais adequados na assistência à APS. Chegaram a um total de 17 dimensões, sendo as mais citadas: acesso e disponibilidade do serviço de saúde; organização dos processos de trabalho; relação com os profissionais; longitudinalidade do cuidado e estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários; e coordenação do cuidado⁽²⁶⁾.

No Japão, devido ao rápido envelhecimento da população, aumento das despesas e da pressão estrangeira sobre a educação médica, enfrentou a necessidade de grandes reformas nos seus cuidados em saúde, especialmente em relação à atenção primária. No entanto, o desenvolvimento e as situações dos cuidados primários são característicos e específicos em comparação com outros países ocidentais, mas a definição de "Cuidados Primários" no Japão é ambígua sendo diferente da prática geral no Reino Unido ou medicina de família dos Estados Unidos⁽²⁹⁾.

O Medicare é o seguro de saúde nacional no Japão com início em 1961, e todos os cidadãos japoneses têm que fazer a adesão ao sistema cobrindo, geralmente, 70% das taxas para as consultas, os exames e tratamentos em todas as unidades de saúde. Isso significa que as taxas não são decididas por quem presta os cuidados (especialista ou generalista) nem onde o cuidado ocorre (hospital terciário ou clínica primária), e sim apenas pela característica do cuidado prestado. As clínicas estão bem equipadas e os médicos tendem a solicitar muitos exames tendo um custo alto, porém o valor pago pelos pacientes é baixo. O acesso a qualquer médico e aos cuidados é livre, sendo que os pacientes podem optar por um especialista sem a referência de um médico generalista, e às vezes sem agendamento, e normalmente não precisam esperar muito tempo⁽²⁹⁾.

Para a população grega, a governança dos cuidados primários de saúde é fragmentada. Não existe um sistema de listas de pacientes e os custos com o setor privado são elevados. Existem muitos médicos, mas poucos clínicos gerais e enfermeiros, que estão espalhados desordenadamente pelo país. Como consequência, há problemas de acesso, continuidade, coordenação e abrangência dos cuidados primários. O estudo aponta que a educação dos profissionais deve enfatizar a atenção primária e os médicos especialistas que trabalham neste campo, devem ser (re) treinados para adquirir as competências necessárias para satisfazer as necessidades do trabalho desenvolvidas nos cuidados primários⁽²³⁾.

Em revisão foram selecionados três artigos que forneceram visões parciais da Comprehensive Primary Health Care (CPHC) no Suriname e exemplos de sua implementação, com foco na rede de prestação de serviços no interior do país, projetado para melhorar o acesso rural aos serviços básicos de saúde, treinando os membros da comunidade como fornecedores de serviços. O direito à saúde dos indivíduos é evidente, e o papel do Estado é proteger a saúde pública, e o Ministério da Saúde tem o papel da supervisão dos serviços para garantir a qualidade, disponibilidade e acessibilidade dos cuidados. As policlínicas (clínicas que oferecem serviços ambulatoriais, incluindo diagnósticos) atendem grande parte da população costeira, incluindo os pobres e “quase pobres”, que são identificados pelo Ministério dos Assuntos Sociais (MSA) presente no país⁽³⁰⁾.

No interior do país, uma organização Não-Governamental (ONG), conhecida como a Missão Médica (Medische Zending, MZ), fornece serviços de APS. Os assistentes de saúde são treinados e supervisionados por um pequeno grupo de enfermeiros registrados no MZ⁽³⁰⁾.

No Irã, compreender as perspectivas dos deliberadores políticos e do sistema de saúde sobre a implementação da medicina da família em áreas urbanas do país resultou em consenso entre os entrevistados que uma rede de referência no sistema iraniano é necessária, tornando o projeto de médicos da família mais relevante. Os deliberadores acreditam que a implementação do projeto facilitará o acesso das pessoas às consultas médicas e que, os cuidados de saúde se estenderão uniformemente em todas as áreas urbanas, especialmente nas afastadas do centro. Os resultados indicaram que os deliberadores políticos e das organizações dos sistemas de saúde iraniano consideram a medicina da família um meio viável para uma série de reformas cruciais para o sistema de saúde do país⁽²⁷⁾.

DISCUSSÃO

Na análise e discussão dos artigos verificamos como ocorre o acesso em alguns cenários divulgados internacionalmente, sobre ter ou não o acesso para populações específicas aos serviços em saúde na APS⁽¹⁰⁻¹⁴⁾; alguns estudos sobre o acesso por meio de planos de saúde⁽¹⁵⁻¹⁹⁾; os que tratam de possibilidades ou proposições de se estruturar um melhor acesso aos serviços, quer por reflexões da reestruturação^(23-27,29) ou por estratégias implementadas para tal objetivo^(7,20-22,28,30).

Considerando o tema acesso à APS temos que, as práticas e crenças populares de cuidados em saúde, tais como plantas medicinais, curandeiros, dentre outros, ainda são a primeira alternativa para questões em saúde das comunidades rurais de alguns países, em especial, em comunidades rurais equatorianas, assentamentos e comunidades quilombolas no Brasil⁽¹¹⁻¹⁴⁾. As diferenças étnico-raciais e econômicas ainda são fontes de iniquidades sociais nas populações estudadas⁽¹³⁾.

Essas comunidades relatam as dificuldades de acesso ao sistema de saúde, necessitando de deslocamento longo e, por vezes sem conseguir. Portanto, seu primeiro recurso é a utilização do que se tem na própria comunidade. Há ênfase, em alguns relatos⁽¹³⁾, dos profissionais de saúde subestimarem a

utilização das terapias alternativas, proporcionando conflitos culturais e das crenças no seu uso com essas populações.

Com as populações de imigrantes nos EUA, para o acesso, há uma divergência entre não documentados e os documentados⁽¹⁰⁾. Os não documentados são menos propensos a terem uma fonte usual de cuidados pois são excluídos do PP e ACA.

Quanto à continuidade do cuidado, interpretada nos estudos como sendo uma prática para acompanhar a pessoa ao longo do tempo em suas necessidades, percebemos a preocupação em se estruturar meios para vincular o paciente a equipes para o acompanhamento contínuo e integral, incentivando o trabalho em equipe, bem como, o monitoramento de indicadores de acesso e continuidade para implementações mais efetivas^(7,20,22,25), porém não estando explícito em grande parte dos trabalhos. Em um estudo realizado no Brasil observou-se barreiras no acesso pela APS, levando as famílias à buscarem auxílio nos serviços de urgência e emergência, porém exibiram dificuldades em se alcançar a resolutividade aos problemas de saúde pela falta de continuidade ao cuidado e da não responsabilização pela equipe⁽³¹⁾.

Considerando as estratégias para o acesso, temos os modelos de casas de saúde criadas para priorizar as minorias nos EUA⁽²⁰⁾, e o exemplo da Malásia que foi utilizada para toda a Ásia, porém os aborígenes do leste do país tinham pouco acesso⁽²¹⁾. As parcerias entre os serviços de APS, a comunidade e o hospital na Austrália, exemplificam o interesse e experiências inovadoras para melhorar o acesso⁽²⁸⁾ criando-se redes de cuidado nos serviços de atenção disponíveis para proporcionar acesso aos moradores das comunidades remotas.

A formulação de listas de serviços prioritários e essenciais da APS também foi um meio utilizado pelos gestores australianos para possibilitar o acesso e o suporte financeiro dos atendimentos, principalmente em comunidades rurais e remotas⁽²⁴⁾ configurando um interesse em proporcionar cuidado aos que tinham dificuldade geográfica. Consideramos importante, também a valorização da perspectiva do usuário na construção de instrumentos mais adequados para a APS⁽²⁶⁾.

As questões relatadas sobre a formação profissional para a APS requerem uma reestruturação na maneira de ensino, bem como a oferta e alocação ordenada dos profissionais pelo país, assegurando o acesso, continuidade e abrangência dos cuidados em saúde. Discute-se a necessidade de treinar os profissionais para a APS^(23,29). Dessa necessidade, em locais em que há a escassez de médicos e enfermeiros, são realizados treinamentos de membros das comunidades para fornecer cuidados básicos, sendo supervisionados por enfermeiros⁽³⁰⁾.

Nos estudos, percebemos uma tendência em se priorizar investimentos nas ações e serviços da APS e a adesão ao projeto da medicina de família melhorando o acesso geográfico e financeiro à saúde. Profissionais de saúde bem treinados podem proporcionar o direito fundamental de acesso aos cuidados primários de qualidade para todos⁽²⁷⁾. Um estudo identificou e analisou as funções do enfermeiro na APS no sistema de saúde inglês abordando suas contribuições para a qualidade do serviço prestado, destacando as suas funções como membro da equipe de saúde, bem como na opinião dos pacientes proporcionou melhor acesso aos serviços, consultas

com maior tempo de duração, comunicação mais eficiente e na melhoria da adesão ao tratamento⁽³²⁾.

Limitações do estudo

Destacamos como limitação do estudo as poucas publicações que tratam de perspectivas quanto a garantia da longitudinalidade do cuidado, sendo esse enfoque pouco abordado nesta discussão, porém sentimos a necessidade de mais estudos sobre o tema.

Contribuições para a área da Enfermagem, saúde ou política pública

As contribuições deste estudo para enfermagem e outros profissionais de saúde se dá por meio da valorização dos profissionais que atuam na APS como forma de implementar e ampliar o acesso, fundamental para a longitudinalidade e vínculo da comunidade com as equipes de saúde. As estratégias realizadas nos diversos países poderão subsidiar políticas públicas para melhorar o acesso em diversos contextos da APS.

CONCLUSÃO

Em alguns locais, as populações específicas tais como assentados, quilombolas, imigrantes e outros têm estratégias particulares de cuidado à saúde pelos seus próprios meios. Outras populações

vulneráveis, por necessitar de apoio governamental têm dificuldades em acessar os serviços. Tais comunidades apresentam problemas no acesso aos serviços públicos básicos e, quando estes estão disponíveis há problemas na qualidade dos mesmos, porém, as redes sociais, de familiares, das comunidades e os costumes tradicionais e alternativos são utilizados em diversas situações para a resolução ou amenização das necessidades em saúde.

Na atenção primária, também discutem sobre a fortalecimento da força de trabalho em saúde e formação de profissionais para atuação nos cuidados primários, enfatizadas nesta revisão, e essenciais em todo o mundo atualmente, bem como a sensibilização dos profissionais no respeito e incorporação adequada das terapias alternativas, tradicionais, integrativas e complementares utilizadas pelas comunidades. Importante se faz a utilização de indicadores da assistência em saúde para melhorar e qualificar a APS e com isso fortalecer o processo de trabalho dos profissionais.

Quanto mais profissionais preparados e alocados estrategicamente nos países e regiões, maiores serão as possibilidades de garantia do atendimento, em especial às comunidades mais vulneráveis quer geográfica quer sócio-econômica ou culturalmente. Enfatiza-se a necessária presença de profissionais de saúde bem formados e com educação e supervisão permanentes específicos para o trabalho de cuidados primários, para garantir a qualidade, a continuidade do cuidado e principalmente o acesso aos serviços e ao cuidado integral.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 56p. 2002.
2. Gibson O, Lisy K, Davy C, Aromataris E, Kite E, Lockwood C, et al. Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review. *Implement Sci*[Internet]. 2015[cited 2017 May 18];2;1-11. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465476/pdf/13012_2015_Article_261.pdf
3. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Primary health care access and receptivity to users: an analysis of perceptions by users and health professionals. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2008[cited 2017 May 18];100-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>
4. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2013[cited 2017 May 23];66(Esp):158-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>
5. Travassos C, Martins M. A review of concepts in health services access and utilization. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2004[cited 2016 Sep 12];20:190-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. *OPAS*[Internet]. 2012[cited 2016 Sep 12];512p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
7. Polluste K, Kasiulevicius V, Veide S, Kringos DS, Boerma W, Lember M. Primary care in Baltic Countries: a comparison of progress and present systems. *Health Policy*[Internet]. 2013[cited 2016 Sep 12];109(2):122-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22964369>
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2008[cited 2016 Sep 12];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
9. Whittemore R, Knalf K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*[Internet]. 2005[cited 2016 Jul 15];52(5):546-53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>
10. Vargas BA, Fang H, Garza J, Carter-Pokras O, Wallace SP, Rizzo JA, et al. Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2012[cited 2016 Sep 12];14(1):146-55. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3256312/pdf/10903_2010_Article_9406.pdf
11. Santos JCB, Hennington EA. Nobody gives orders here: the meanings of work and health for settlers from the Landless Rural

- Workers' Movement. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2013[cited 2016 Sep 12];29(8):1595-604. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a12.pdf>
12. Moss JA. Discovering the healthcare beliefs and practices of rural mestizo Ecuadorians: an ethn nursing study. *Invest Educ Enferm*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 12];32(2):326-36. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n2/v32n2a15.pdf>
 13. Santos RC, Silva MS. Living conditions and therapeutic paths in a quilombola community in Goiás, Brazil. *Saude Soc*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 12];23(3):1049-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1049.pdf>
 14. Wunsch S, Budó MLD, Girardon-Perlini NMO, Garcia RP, Oliveira SG. Care as a commitment of all: a study in a rural settlement. *Rev Gaucha Enferm*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 12];35(4):65-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt_1983-1447-rgenf-35-04-00065.pdf
 15. Bond AM, White C. Massachusetts coverage expansion associated with reduction in primary care utilization among Medicare beneficiaries. *Health Serv Res*[Internet]. 2013[cited 2016 Sep 12];48(6):1826-39. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3876406/pdf/hesr0048-1826.pdf>
 16. Dow AW, Bohannon A, Garland S, Mazmanian PE, Retchin SM. The effects of expanding primary care access for the uninsured: implications for the health care workforce under health reform. *Acad Med*[Internet]. 2013[cited 2016 Sep 12];88(12):1855-61. Available from: http://www3.med.unipmn.it/papers/2014/LWW/2014-01-13_lww/The_Effects_of_Expanding_Primary_Care_Access_for.22.pdf
 17. Cheng TL, Wise PH, Halfon N. Quality health care for children and the Affordable Care Act: a voltage drop checklist. *Pediatrics*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 12];134(4):794-802. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/134/4/794.full.pdf>
 18. Rhodes KV, Kenney GM, Friedman AB, Saloner B, Lawson CC, Chearo D, et al. Primary care access for new patients on the eve of health care reform. *JAMA*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 12];311(6):861-69. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1857092>
 19. Ortega AN, Rodriguez HP, Bustamante AV. Policy dilemmas in Latino health care and implementation of the Affordable Care Act. *Annu Rev Public Health*[Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 12];36(18):525-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC425581154/>
 20. Grant R, Greene D. The health care home model: primary health care meeting public health goals. *Am J Public Health* [Internet]. 2012[cited 2016 Sep 12];102(6):1096-103. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3483945/pdf/AJPH.2011.300397.pdf>
 21. Jiwa M, Othman S, Hanafi NS, Ng CJ, Khoo EM, Chia YC. Healthcare in Asia: a perspective from primary care at the gateway to a continent. *Qual Prim Care* [Internet] 2012[cited 2016 Sep 12];20(5):17-20. Available from: <http://primarycare.imedpub.com/healthcare-in-asia-a-perspective-from-primary-care-at-the-gateway-to-a-continent.pdf>
 22. Tan L, Carr J, Reid J. New Zealand evidence for the impact of primary healthcare investment in Capital and Coast District Health Board. *NZMJ*[Internet]. 2012[cited 2016 Sep 12];125(1352):7-27. Available from: <https://www.nzma.org.nz/journal/read-the-journal/all-issues/2010-2019/2012/vol-125-no-1352/article-tan>
 23. Groenewegen PP, Jurgutis A. A future for primary care for the greek population. *Qual Prim Care*[Internet]. 2013[cited 2016 Sep 12];21(6):369-78. Available from: <http://primarycare.imedpub.com/a-future-for-primary-care-for-the-greek-population.pdf>
 24. Thomas SL, Wakerman J, Humphreys JS. What core primary health care services should be available to Australians living in rural and remote communities? *BMC Fam Pract* [Internet]. 2014. [cited 2016 Sep 14];143(15):1-9. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-143>
 25. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 14];12(2):166-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948764/pdf/0120166.pdf>
 26. Aguilera CCE, Brandão AL, Bocater PPM. Study on evaluation of dimensions of the Family Health Strategy in the user's perspective. *Physis*[Internet] 2014[cited 2016 Sep 14];24(1):127-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00127.pdf>
 27. Esmaeili R, Hadian M, Rashidian A, Shariati M, Ghaderi H. Family Medicine in Iran: Facing the Health System Challenges. *Glob J Health Sci*[Internet] 2015[cited 2016 Sep 12];7(3):260-6. Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/40702/23471>
 28. Reeve C, Humphreys J, Wakerman J, Carter M, Carroll V, Reeve D. Strengthening primary health care: achieving health gains in remote region of Australia. *Med J Aust*[Internet]. 2015[cited 2016 Sep 15];202(9):483-7. Available from: https://www.mja.com.au/system/files/issues/202_09/ree00894.pdf
 29. Takamura A. The present circumstance of primary care in Japan. *Qual Prim Care*[Internet]. 2015[cited 2017 Feb 12];23(5):262-6. Available from: <http://primarycare.imedpub.com/the-present-circumstance-of-primary-care-in-japan.pdf>
 30. Laryea S, Goede H, Barten F. Moving toward universal health coverage: a review of comprehensive primary health care in Suriname. *Rev Panam Salud Publica*[Internet] 2015[cited 2017 Feb 20];37(6):415-21. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n6/v37n6a07.pdf>

31. Silva RMM, Viera CS. Access to child's health care in primary care services. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014[cited 2017 Feb 12];67(5):794-802. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0794.pdf>
 32. Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016[cited 2017 Feb 12];69(1):169-77. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0182.pdf
-