

ARTIGO ORIGINAL

Perfil social do usuário do sistema único de saúde na atenção primária em saúde

Social profile of the unified health system user in primary health care

Aline Braido Pereira^{1*}, Karen Mello de Mattos², Juliana Silveira Colomé³, Ruth Maurer da Silva⁴

¹Residente Multiprofissional em Sistema Público de Saúde com ênfase em estratégia de Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Maria, UFSM e Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da UFSM; ²Grupo Interdisciplinar em Pesquisa (GIPES) do Centro Universitário Franciscano (Unifra) Santa Maria, RS; ³Grupo Interdisciplinar em Pesquisa (GEPES) da Unifra. ⁴Centro Universitário Franciscano (Unifra).

Recebido em: 14/05/2012
Aceito em: 03/09/2012

*alinebraido@gmail.com

DESCRITORES

Avaliação em Saúde
Recursos Humanos em Saúde
Serviços de Saúde
Sistema Único de Saúde

RESUMO

Justificativa e Objetivos: O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado como uma política para toda população. Conhecer o perfil de seu usuário é de fundamental importância para sua organização. Sendo assim, o objetivo dessa pesquisa foi delinear o perfil social do usuário do SUS na Atenção Básica em Saúde de Santa Maria/RS. **Métodos:** Pesquisa descritiva, realizada em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Santa Maria/RS no período de março a abril de 2010, onde foram incluídos usuários adultos, de ambos os gêneros. **Resultados:** Um total de 112 usuários participaram da pesquisa. A grande procura pelo serviço de saúde foi à emergência/urgência, com relação a opinião em relação ao SUS, 60% dos usuários da UBS consideraram o SUS ruim e 40,4% dos usuários da ESF consideraram bom. **Conclusão:** Cabe aos trabalhadores, usuários e apoiadores de uma teoria sobre a produção de saúde, tratar de construir projetos objetivando as necessidades, bem como dos meios necessários para atendê-las.

ABSTRACT

Rationale and Objectives: The Brazilian Unified Health System (SUS) was established as a policy for the general population. Knowledge of the user profile is crucial for your organization. Thus, the aim of this study was to outline the social profile of SUS users in Primary Health Care in the city of Santa Maria/RS. **Methods:** Descriptive study, carried out in a Family Health Strategy (FHS) unit and a Basic Health Unit (BHU) in the city of Santa Maria/RS from March to April 2010, which included adult users of both genders. **Results:** A total of 112 users participated in the survey. The highest demand for health care services was at the emergency/urgency care; regarding the users' opinion about SUS services, 60% of BHU users considered it bad and 40.4% of the FHS users considered it good. **Conclusion:** It is the responsibility of the workers, users and supporters of a theory on health production to try to build projects aiming at the needs, as well as the means to meet them.

KEYWORDS

Health Evaluation
Human Resources in Health Care
Health Services
Unified Health System

INTRODUÇÃO

A utilização dos serviços de saúde é uma necessidade complexa, resultante de um conjunto de determinantes que incluem as características socioeconômicas e de saúde, a organização da oferta e o perfil epidemiológico, que podem levar a uma maior ou menor utilização dos serviços¹. O Sistema único de Saúde (SUS) foi criado como uma política, Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990 de Regulamentação do SUS, para toda população, independentemente de condição socioeconômica. A existência de grandes desigualdades sociais e a presença do sistema privado pode gerar a expectativa de que a política pública seja dirigida preferencialmente para as parcelas da população mais desfavorecidas. O SUS origina-se da Reforma Sanitária Brasileira, processo político que envolveu a sociedade com o intuito de propor políticas e novas organizações ao sistema, serviços e práticas em saúde².

As reflexões em torno do legado da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia dos cuidados primários ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde. No período anterior à criação do SUS, a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais frequente o uso da Atenção Básica em Saúde, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde como referência aos serviços municipais. Nos últimos anos, vimos crescer no cenário brasileiro o Programa Saúde da Família (PSF), que vivificou este debate ao explicitar a superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais. Há experiências municipais que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária, outros o fazem na da Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição³.

O Programa Saúde da Família (PSF) hoje, renomeada como Estratégia Saúde da Família (ESF), surge no cenário brasileiro como estratégia de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente curativo, por um modelo sintonizado com os princípios do SUS, tais como a universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção⁴. Sendo assim, a proximidade dos serviços e recursos oferecidos pelo SUS, a cobertura por planos de saúde privados, bem como as percepções do indivíduo referentes à sua saúde, podem influenciar a utilização dos serviços de saúde¹.

Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, o programa tem como principais características a adstrição da clientela, por meio da definição de território de abrangência da equipe; enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; estruturação de equipe multiprofissional; atividade preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde⁵.

A pesquisa em saúde pública tem por tradição a investigação de determinantes socioeconômicos, portanto, delinear o perfil social dos usuários do SUS é de extrema relevância, pois, permitiu uma melhor compreensão das suas reais necessidades, das suas

condições socioeconômicas, do tipo de serviço, do local para atendimento em saúde e do profissional mais procurado. Além disso, o referido delineamento possibilitou avaliar a satisfação do usuário em relação ao SUS e quais os itens que poderiam ser melhorados dentro do SUS.

Desta forma, o objetivo geral dessa pesquisa foi delinear o perfil do usuário do sistema único de saúde na atenção básica em saúde, bem como conhecer o tipo de serviço em saúde, o profissional mais procurado, bem como a necessidade da inclusão do nutricionista na equipe de saúde e ainda averiguar a satisfação do usuário em relação ao SUS de Santa Maria/RS.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de delineamento transversal com coleta de dados primários. O local para coleta dos dados foi em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Santa Maria/RS ambas pertencentes à área urbana do município, sendo esta realizada no período de março a abril de 2010.

Os usuários foram selecionados aleatoriamente na sala de espera de uma ESF e de uma UBS de Santa Maria/RS. Foi utilizado um questionário com perguntas fechadas o qual foi aplicado aos usuários de ambos os gêneros, maiores de 18 anos.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas em dias consecutivos em cada local, na sala de espera das unidades. Foi utilizado um questionário elaborado para a pesquisa composto pelas seguintes variáveis: condições de serviço (a procura e frequência de atendimento); opinião sobre o SUS, condições de melhoria, serviços mais procurados, regionalização em relação ao serviço e resolutividade deste serviço.

Para análise dos resultados foi elaborado uma planilha para o banco de dados no programa Microsoft Excel 2007, que posteriormente sofreram tratamento estatístico descritivo com média, desvio padrão e percentual realizado no programa SPSS versão 14.0.

A pesquisa vinculou-se ao projeto do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA): "Interação ensino-serviço no SUS: uma proposta de reorientação na formação acadêmica e no exercício profissional" do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e a linha de pesquisa: Educação, Sociedade e Integralidade na Saúde do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde (GIPES) da UNIFRA. Foi ainda aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFRA sob registro número 359.2009.2/CONEP número 1246 em 11 de janeiro de 2009.

Cabe salientar que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações relevantes do trabalho e esclarecendo sobre sua participação de livre e espontânea vontade, certificando o anonimato.

RESULTADOS

Foram entrevistados 112 usuários, sendo que 59,8% deles buscaram atendimento na UBS e 40,2% na ESF. Uma prevalência de 80,4% dos indivíduos estudados eram do sexo feminino. A média de idade de todos indivíduos pesquisados foi de 37 ($\pm 12,54$) anos. Na Tabela 1 encontram-se descritas as principais características epidemiológicas dos usuários estudados.

Com relação à marcação de consultas, na ESF 13,3% das

consultas são marcadas pelo agente comunitário de saúde e na UBS em 86,6% dos casos analisados, as consultas são marcadas pelo próprio paciente (Tabela 2).

O local de maior procura para serviços de saúde por usuários da UBS foi à própria unidade em 69% dos casos. Para os usuários da ESF o local de maior procura foi o pronto atendimento (Tabela 3).

Com relação à opinião em relação ao SUS, 60% dos usuários da UBS consideram o SUS ruim e 40,4% dos usuários da ESF consideraram bom. Ao ser averiguado entre os usuários o que deveria ser aprimorado no SUS, para 63,6% dos usuários da UBS e 36,4% da ESF é o atendimento (Tabela 4).

TABELA 1 - Perfil social dos usuários de UBS e ESF- Santa Maria/RS, 2010.

CARACTERÍSTICAS	N	FREQUÊNCIA (%)
Sexo feminino	88	80,4
Ocupação		
Empregado	40	51,8
Estado civil		
Casado	76	72,3
Plano de saúde privado		
Não	78	83,0

TABELA 2 - Responsável pelas marcações de consultas na UBS e na ESF para o usuário -Santa Maria/RS, 2010.

QUEM MARCOU A CONSULTA	UBS		ESF	
	N= 67	%	N=45	%
Você mesmo	58	86,6	34	75,6
Agente Comunitário de Saúde	3	4,5	6	13,3
Encaminhado por Profissional	6	8,9	5	11,1

TABELA 3 - Local de procura do serviço de saúde e atendimento por usuários de UBS e ESF- Santa Maria/RS, 2010.

LOCAL	UBS		ESF	
	N=67	%	N=45	%
Pronto Atendimento	25	50	25	50
Hospital Particular	3	100	0	0
Hospital Público	2	100	0	0
Hospital Universitário	2	50	2	50
UBS\ESF	29	69	13	31
Consultório Particular	6	60	4	40

TABELA 4 - Em que o SUS deve ser aprimorado na opinião dos usuários de UBS e ESF - Santa Maria/RS, 2010.

EM QUE DEVE MELHORAR	UBS		ESF	
	N	%	N	%
Atendimento	21	63,6	12	36,4
Agendamento	12	54,5	10	45,5
Variedade de profissionais	7	58,3	5	41,7
Qualidade dos profissionais	7	63,6	4	36,4
Acesso	2	40,0	3	60,0
Oferta de medicamentos	13	61,9	8	38,1
Tempo de atendimento	5	62,5	3	37,5

DISCUSSÃO

A média de idade dos usuários pesquisados foi de 37 anos ($\pm 12,54$), sendo que a busca por atendimento em saúde ocorreram em 59,8% na UBS e 40,2% na ESF, sendo que 80,4% dos participantes eram do sexo feminino. Resultados estes que corroboram com a pesquisa realizada por Stamm et al (2000), onde foram entrevistados 261 usuários do SUS, com idade entre 15 e 87 anos, sendo a média de 45,9 anos; 63,6% eram mulheres, 64,9% eram casados⁸. 92,7% possui exclusivamente o SUS com plano de saúde, resultados estes que estão de acordo com aqueles encontrados no presente estudo⁸. Profissionais que compõem as equipes de saúde de atenção básica, deveriam estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias. Entretanto, as práticas profissionais impressas pelo modelo flexneriano não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas⁹.

As pessoas são os recursos mais importantes para se produzir mudanças no interior de uma organização^{10,11}. Para eles, os processos de mudanças são construções sociais e, na sociedade contemporânea, as instituições sociais (famílias, escolas, organizações e empresas) têm vivenciado uma democratização crescente em seus interiores. Daí a importância de, nos processos de mudanças, valorizarem a gestão das pessoas nos ambientes de trabalho.

A utilização de serviços de saúde torna-se um comportamento complexo, resultante de um conjunto amplo de determinantes, que incluem as características de organização da oferta, as características sociodemográficas dos usuários, o perfil epidemiológico, além de aspectos relacionados aos prestadores de serviços¹². No Brasil, a organização dos serviços de saúde é de tipo misto, havendo um sistema público com orientação universal, integral e equânime, o Sistema Único de Saúde, e um sistema privado constituído pela oferta de seguros de saúde e pela modalidade de assistência contra pagamento direto. Levando-se em consideração a importância da questão dos recursos humanos frente às Ações Integradas de Saúde, tendo como base o SUS, a marcação da consulta para o atendimento em saúde, se caracteriza como o primeiro contato do usuário frente à equipe e a Unidade de Saúde.

O sistema de marcação de consultas, em estudo semelhante, revelou-se, em três das unidades investigadas, como um obstáculo à utilização dos serviços¹³. Merece destaque o insatisfatório nível de implantação do sistema de marcação de consultas das unidades analisadas. Há que se problematizar, em particular, a realidade das USF quanto à dificuldade na marcação de consultas da demanda espontânea, pois, em muitas situações, o sistema resultava em rechaço à demanda, apesar do discurso do acolhimento. O modo de organização dos serviços, com base na oferta organizada de ações, tende a superar as formas tradicionais de reorganização da produção de ações de saúde, cabendo às unidades atender tanto indivíduos em busca de consultas e pronto atendimento (demanda espontânea) quanto desenvolver ações visando ao controle de agravos e ao atendimento de grupos populacionais específicos (oferta organizada)¹⁸. Na USF 1, a marcação de consultas para a demanda espontânea era realizada apenas através da solicitação dos ACS, e no caso da USF 2, a partir da triagem/acolhimento. Nas UBS, havia marcação diária, contudo, em uma, era possível marcar diariamente sem restrições de horário, e, em outra, apenas em horários específicos, no início de cada turno. Em estudo realizado

por Cunha et al. (2010), a marcação de consultas e exames especializados era realizada por meio de uma central e mostrou-se mais sensível como facilitadora do acesso para os pacientes das USFs³³. Isso se deu pelo fato de existir, nessas unidades, um profissional responsável pela priorização segundo gravidade/necessidade de cada caso, o que não acontece nas UBS em que o encaminhamento se dava por ordem de chegada. Contudo, a priorização era referida pelos profissionais como de grande dificuldade, pois nem sempre as solicitações estavam acompanhadas do relatório do caso para orientar a classificação de risco ou de necessidades. A marcação de consultas por ACS ou apenas para grupos de risco oriundos de atividades coletivas, assim como o restrito horário da triagem, deve ser vista com cautela. Se, por um lado, ajuda a programar a oferta das unidades, por outro, gera frustração nos usuários que desejam que os "privilégios" dos grupos sejam estendidos a todos³⁸. Nesta perspectiva também discute o PSF como porta de entrada aos serviços, em que apontam para a dificuldade na adequada articulação entre as atividades clínicas e de saúde coletiva, tendo em vista a programação das atividades para grupos de risco e as demandas por assistência individual².

Na perspectiva da consolidação do SUS, é importante manter o foco nos avanços já obtidos, e um fato a se considerar é que ele tem possibilitado ampliar o mercado de trabalho dos profissionais de saúde num movimento crescente desde a década de 80. Neste contexto, cabe reconhecer que a saúde da família tem contribuído, em boa medida, para estes resultados, afinal são médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, odontólogos, assistentes de consultórios e técnicos em higiene dental que têm sido absorvidos pelos sistemas municipais de saúde¹⁴.

Existem diversos fatores envolvidos na procura por serviços de saúde fatores que, dependendo de como estão ordenados, definirão a escolha pelo usuário¹⁵. Assim são influentes a gravidade ou a urgência do problema/necessidade, a tecnologia disponível, a resolutividade da atenção, a acolhida, as condições de acesso (distância da moradia, as formas, o tempo e o custo de deslocamento), a agilidade no atendimento, as experiências vividas pelo paciente/familiar, a destreza na marcação de exames ou encaminhamento para outros serviços, bem como o vínculo estabelecido pelo usuário com profissionais, serviços e com o Sistema de Saúde. No presente estudo 65,4% dos usuários da UBS e 44,9% dos usuários da ESF procuraram o serviço de saúde devido a urgência/emergência, sendo que os motivos que levaram a busca do atendimento nestas unidades são atendimentos de rotina como, exames, medicação, receitas e atendimento clínico geral. A alta procura pelos serviços de urgência/emergência pode ser justificada pelo fato deste serviço ser mais uma porta de entrada para obter atendimento no sistema, na maioria das vezes a mais fácil em sua visão. Comenta-se que a população procura as urgências para tudo e não apenas para casos de urgência. Trata-se de uma visão depreciativa, nesse sentido, afirma que se revela difícil definir, de maneira exclusivamente técnica, a urgência e a emergência e o que as distingue, ou melhor, o quanto essas noções e distinções não se deixam definir de maneira exclusivamente técnica¹⁶.

A utilização das UBS pelos usuários ocorrem devido à proximidade de sua residência para alguns procedimentos de consultas médicas, vacinas, exames, consultas para filhos, gru-

pos de hipertensão e atendimento a parentes idosos³⁷. Muitos dos entrevistados relataram que foram direto a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), não tendo passado pelas UBS antes.

Ainda que em todas as unidades tenham sido apontados problemas na organização do sistema de referência e contra-referência, a situação é mais grave nas UBS. Nestas unidades, a regra é o encaminhamento de pacientes a outros profissionais e serviços através da própria solicitação do procedimento, porém sem garantia de atendimento. O retorno desse processo para as unidades de origem raramente acontece quando se trata das UBS tradicionais, revelando grande fragilidade na implantação desse critério. No caso das USF, o retorno, quando é feito, dá-se pelo próprio paciente¹³.

A procura aos serviços de saúde pode ser entendida como uma necessidade básica do usuário, podendo ser atendida por meio de consultas e a realização dos exames, busca de medicamentos, realização de procedimentos, pois é essa a forma como os serviços organizam a sua oferta, paralelamente, as necessidades de cada usuário podem ser outras.

O acesso ao atendimento e as consultas podem ser a busca de respostas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, violência, solidão, necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a alguma tecnologia específica que lhe possa proporcionar qualidade de vida¹⁹. O atendimento, assim como o acesso a consulta de forma qualificada e adequada possibilita a aproximação entre equipe e usuário, ampliando possibilidades para a promoção e educação em saúde.

Caberia aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, bem como também apoiadores em uma teoria sobre a produção de saúde, tratar de construir projetos e de levá-los à prática, objetivando a concretização de determinados valores de uso, expressos sob a forma de necessidades, bem como dos meios necessários para atendê-las.

O que se argumenta é que caberia aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, bem como também apoiadores em uma teoria sobre a produção de saúde, tratar de construir projetos e de levá-los à prática, objetivando a concretização de determinados valores de uso, expressos sob a forma de necessidades, bem como dos meios necessários para atendê-las. Uma luta sem resultados prévios assegurados. É contrária a dialética a análise que atribui exclusividade de efeitos à racionalidade ou ao poder hegemônico. O poder hegemônico é o dominante e não o único. Os dominados também interferem na dinâmica social, particularmente quando se trata da alteração de valores. Ora, valores são os alicerces das estruturas, e as estruturas são produtoras e garantidoras de valores. A alteração de valores ressalta a inadequação social e histórica de estruturas ultrapassadas, aumentando as possibilidades de mudança.

Concluindo, valeria um esforço concentrado da saúde coletiva objetivando tornar mais democrática e participativa a definição de valores de uso e de necessidades sociais. É preciso investir também no fortalecimento dos sujeitos, não somente em sua dimensão corporal, conforme a tradição da saúde pública, mas também pensando como cidadãos de direito e como sujeitos críticos, capazes de reflexão e eleição mais autônoma dos modos de andar a vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), a Instituição que acolheu o projeto, a Secretaria Municipal pela viabilidade

da pesquisa em sua rede de saúde, a Unidade Básica de Saúde Floriano Rocha e a Estratégia de Saúde da Família São João por autorizar a coleta de dados em seus espaços físicos. A todos que participaram da pesquisa por acreditar que a pesquisa é o que corrobora a qualificação das práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Goldbaum M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família Qualis no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 2005;39(1):90-9.
2. Escorel SDRN. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM (org.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
3. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública.* 2005;21(2):490-498.
4. Ministério da Saúde Brasil. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
5. Ministério da Saúde Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2ª ed. Atual; 2004-2005; 208p.
6. Almeida Filho. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1997-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J. Public Health.* 2003;93(12):2037-2043.
7. Cervo AL, Bervian PA. *Metodologia Científica.* São Paulo: Prentice-Hall, 5ª edição; 2002.
8. Stamm AMNF, Marisciulo AC, Duarte F. Estratificação de classe social em um hospital universitário- *Arq. Cat. Med.* 2000;29(1-4):18-23.
9. Sayd JD, Vieira JL. Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941 a 1992). *Physis.* Rio de Janeiro. 1998;8(2):165-98.
10. Vergara SC. *Gestão de pessoas.* São Paulo: Atlas; 2000.
11. Motta PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.* Rio de Janeiro: Record; 1995.
12. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(Supl 2):190-198.
13. Cunha ABO, Vieira SLM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26(4):725-737.
14. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2006;22(6):1171-1181.
15. Ludwig MLM, Bonilha ALL. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. *Rev Bras Enfermagem.* 2003;56(1):12-7.
16. Jacquemot ACA. Percepção cultural da urgência e da emergência em saúde. 2000 249 f. Tese (Pós-doutorado)- Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2000.
17. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Andréa Fonseca Silva Rocha. Belo Horizonte, 2005. 97 p.
18. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde.* 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI; 2003. p. 567-86.
19. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro (RJ): UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p.113-26.