

LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA
ORGANIZADORA

ACESSO À SAÚDE

**Desafios, perspectivas, soluções e
oportunidades na Atenção Primária à Saúde**

 **Pedro & João**
editores

ACESSO À SAÚDE:
desafios, perspectivas, soluções e
oportunidades na Atenção Primária à Saúde

**LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA
(ORGANIZADORA)**

ACESSO À SAÚDE:
desafios, perspectivas, soluções e
oportunidades na Atenção Primária à Saúde

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Larayne Gallo Farias Oliveira [Orgs.]

Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na Atenção Primária à Saúde. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 200p. 16 x 23 cm.

**ISBN: 978-65-265-0578-6 [Impresso]
978-65-265-0579-3 [Digital]**

DOI: 10.51795/9786526505793

1. Acesso à saúde. 2. Desafios e perspectivas. 3. Soluções. 4. Atenção primária à saúde I. Título.

CDD – 610/370

Capa: Petricor Design

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Revisão: Alana de Jesus Senna

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Científico da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedrojoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2023

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
PREFÁCIO	11
CAPÍTULO 1 - CENÁRIO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS NO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	17
Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fracoli, Myria Ribeiro da Silva, Leticia Aparecida da Silva, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek, Ana Marília Viana Utim, Daniela Silva Campos, Laiza Gallo Farias, João Felipe Tinto Silva, Júlio César Novais Silva	
CAPÍTULO 2 - RELAÇÕES ENTRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SISTEMA COMPLEMENTAR NO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	31
Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fracoli, Pã da Silva Lôpo, Richardson Lemos de Oliveira, Alfredo Almeida Pina-Oliveira, Ana Marília Viana Utim, Keila Aparecida Silva, Laiza Gallo Farias, Júlio Cesar Novais Silva, Talitha Zileno Pereira	
CAPÍTULO 3 - O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	45
Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fracoli, Silas Santos de Araújo, Vanessa Souto Paulo, Denise Maria Campos de Lima Castro, Daniela Cristina Geraldo, Edmilson Alves dos Santos, Bárbara Braga	

Orsine Silva Moreira, Laiza Gallo Farias, Júlio Cesar
Novais Silva

CAPÍTULO 4 - DESAFIOS DE INFRAESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS NA EXPANSÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 59

Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fraccolli, Alfredo Almeida Pina-Oliveira, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek, Edmilson Alves dos Santos, Leticia Aparecida da Silva, Marco Paulo Vaz Sampaio Ribeiro, Laiza Gallo Farias, Alana de Jesus Senna, João Felipe Tinto Silva

CAPÍTULO 5 - OPORTUNIDADES DE FORTALECIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA MELHORIA DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 73

Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fraccolli, Silas Santos de Araújo, Denise Maria Campos de Lima Castro, Daniela Cristina Geraldo, Jerusa Costa dos Santos, Edmilson Alves dos Santos, Laiza Gallo Farias, Roberta Lopes de Abreu, Thaynara Silva dos Anjos

CAPÍTULO 6 - O USO DE TECNOLOGIAS E INOVAÇÕES PARA QUALIFICAR O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 87

Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fraccolli, Jerusa Costa dos Santos, João Luis Almeida da Silva, Myria Ribeiro da Silva, Lidiane Cristina da Silva Roberto, Alana de Jesus Senna, Laiza Gallo Farias, Júlio Cesar Novais Silva, Letícia de Oliveira Baliana

CAPÍTULO 7 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PAPEL DO ACESSO NO CUIDADO INTEGRADO E COORDENADO **101**

Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fraccolli, João Luis Almeida da Silva, Alfredo Almeida Pina-Oliveira, Vanessa Franchin Galhardo, Fátima Madalena de Campos Lico, Prudence Secchin de Souza Vaz Sampaio Ribeiro, Roberta Lopes de Abreu, Júlio Cesar Novais Silva, João Felipe Tinto Silva

CAPÍTULO 8 - ACESSO E USO EQUITATIVO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM DESAFIO PARA A PROMOÇÃO DA UNIVERSALIZAÇÃO EM SAÚDE **113**

Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fraccolli, Silas Santos de Araújo, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek, Gisleide Lima Silva, Fátima Madalena de Campos Lico, Leticia Aparecida da Silva, Laiza Gallo Farias, Júlio Cesar Novais Silva, Jose Antônio Loyola Fogueira

CAPÍTULO 9 - ACESSO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM FOCO NA LONGITUDINALIDADE: ESTRATÉGIAS PARA FIDELIZAR USUÁRIOS AOS PROGRAMAS E SERVIÇOS **127**

Larayne Gallo Farias Oliveira, Thamires Mendes Peres, Lislaine Aparecida Fraccolli, Talitha Zileno Pereira

CAPÍTULO 10 – EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS DE ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LIÇÕES APRENDIDAS **139**

Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fraccolli, Silas Santos de Araújo, Denise Maria Campos de Lima Castro, Daniela Cristina Geraldo, Jerusa Costa

dos Santos, Edmilson Alves dos Santos, Laiza Gallo
Farias, Júlio Cesar Novais Silva, João Felipe Tinto Silva

CAPÍTULO 11 – A PROPOSTA DO ACESSO 153
AVANÇADO PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO
À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Denise Maria Campos de Lima Castro, Larayne Gallo
Farias Oliveira, Daniela Cristina Geraldo, Lislaine
Aparecida Fracoli

CAPÍTULO 12 – ACESSO E ACESSIBILIDADE NA 167
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS E
ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR O DIREITO À
SAÚDE

Larayne Gallo Farias Oliveira, Daniela Silva Campos,
Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek, Lislaine
Aparecida Fracoli, Lidiane Cristina da Silva Roberto,
Natiane Nascimento de Oliveira, Tatiane Aparecida
Caribé de Melo, Aidenia Pereira Correia Campos, Mara
Milvia Pontes Melo Resende, Roberta Lopes de Abreu

SOBRE OS AUTORES 183

SOBRE A ORGANIZADORA 195

SUGESTÃO DE LEITURA 197

ÍNDICE REMISSIVO 199

APRESENTAÇÃO

Este livro tem a finalidade de apresentar as reflexões de diferentes pesquisadores, profissionais e atores sociais da saúde sobre o tema “acesso a APS”. O acesso universal aos serviços de saúde é um dos princípios que sustentam o SUS desde a sua criação a partir da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, por isso, como defensores do SUS, optamos aqui por colocar foco no fortalecimento das discussões sobre acesso.

Os estudos sobre essa temática têm ganhado força nos últimos anos, principalmente nos momentos de crise vivenciados nas épocas pré e pós-pandemia. Tais estudos tem evidenciado barreiras ao acesso a saúde impostas aos usuários, tais como as filas para marcar consultas e realizar procedimentos. Ainda temos testemunhado fatores limitantes ao acesso associados, majoritariamente, ao contexto socioeconômico, as barreiras geográficas e aos avanços correlacionados as tecnologias e a oferta dos serviços oferecidos pela APS.

Na busca por referencial teórico que embasassem a discussão sobre o acesso os autores desse livro tentam discutir determinantes e condicionantes do acesso na APS na perspectiva de traçar relações entre a utilização dos serviços de saúde e o tipo de serviço ofertado (ambulatorio, hospital, assistência domiciliar) e entre a proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação) e as necessidades de saúde das populações.

Os autores buscam apontar e discutir a relação das necessidades de saúde e as características demográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas dos usuários, iluminando questões como aspectos geográficos; organização dos serviços; prestadores de serviços; especialidades medicas; formas de pagamento e financiamento; política publicas para a APS;

quantidade e distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

Ao final deste livro os autores compreendem que “acesso” é um conceito multidimensional, e cada dimensão expressa um conjunto de características que atua aumentando ou obstruindo a capacidade utilização dos serviços de saúde. Conscientes dos esforços que o Brasil e seus mais de 5000 municípios tem feito para ampliar o acesso dos cidadãos à APS, optou-se aqui por compilar parte expressiva do conhecimento produzido sobre estratégias e ações para facilitar o acesso a APS e colocar esse conhecimento a disposição de gestores e profissionais de saúde que atuam na APS, para que estes possam no cotidiano do seu trabalho transformar suas praticas e reorganizar suas ações a direção da construção de serviços de saúde mais acessíveis e resolutivos.

Espero que o esforço do grupo de pesquisadores para escrever este livro, resulte em serviços e práticas que honrem e qualifiquem nosso bem mais preciso: o SUS brasileiro.

Boa Leitura!

Lislaine Aparecida Fracoli

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da
Escola de Enfermagem da USP

PREFÁCIO

A saúde é um bem precioso que deve ser protegido e promovido para o bem-estar das pessoas e das comunidades. No entanto, o acesso à saúde é um desafio global que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta dificuldades para oferecer serviços de qualidade, seguros e acessíveis a todos, pois a falta destes serviços não produz acesso.

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e gestão de condições crônicas, além de reduzir as desigualdades em saúde. A APS é o primeiro nível de atendimento em saúde, onde as pessoas são atendidas por profissionais de saúde capacitados e integrados em equipes multidisciplinares. É uma abordagem centrada no usuário, baseada em evidências e orientada pela comunidade.

Este livro é uma contribuição valiosa para o debate sobre o acesso à saúde e a importância da APS na construção de sistemas de saúde mais eficientes e equitativos. Ele traz uma visão panorâmica dos desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na APS em diferentes contextos e realidades.

Durante a minha construção acadêmica no **Doutorado em Ciências pelo Programa Interunidades de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)**, mergulhei a fundo no meu objeto de pesquisa "**Acesso Avançado**". A partir de então, tenho caminhado na perspectiva de ampliação da compreensão de acesso à saúde para aprofundar o debate da importância da participação comunitária, do fortalecimento dos sistemas de saúde, da formação e capacitação de profissionais de saúde, da incorporação de tecnologias e inovações, e do financiamento adequado e sustentável da APS.

No decorrer da minha participação no **Grupo de Pesquisa “Modelos Tecno-Assistenciais e a Promoção da Saúde”**, coordenado pela minha orientadora querida, a **Professora Dr^a. Lislaine Fracoli**, pude perceber a importância de analisar o acesso à saúde sob diversas perspectivas, a fim de encontrar soluções eficazes para promover a realização desse direito fundamental. Sendo assim, organizei o livro **Acesso à Saúde: Percursos da Universalização** (2023) e nele foram abordados todos os aspectos que envolvem o acesso à saúde a partir da questão: **Quem tem direito à saúde?** (Link para acesso disponível na seção “SUGESTÃO DE LEITURA”).

Neste sentido, **este segundo livro nasce como uma continuidade das reflexões abordadas no primeiro livro**. Cada capítulo foi pensado na ótica de apresentar evidências, experiências e reflexões sobre o papel da APS na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como na gestão de condições crônicas e no cuidado integrado.

No Capítulo 1 trouxemos um **“Cenário das desigualdades regionais no acesso à Atenção Primária à Saúde no Brasil”** percorremos sobre as desigualdades regionais no acesso à APS por todas as regiões do Brasil, que ainda são um desafio para o sistema de saúde do país. No Capítulo 2 **“Relações entre o Sistema Único de Saúde e o sistema complementar no acesso à Atenção Primária à Saúde”**, dialogamos sobre a importância do SUS como o principal fornecedor de serviços de saúde em paralelo com os preços abusivos dos planos de saúde e a falta de regulação eficiente que levam os usuários do sistema privado de saúde a procurar (e sobrecarregar) o SUS.

O capítulo 3 trouxe um retrato sobre **“O impacto da pandemia de covid-19 no acesso à Atenção Primária à Saúde no Brasil”**. Neste, enfatizamos que o SUS está enfrentando uma situação crítica, tendo que lidar com o pós-pandemia de Covid-19 e com o processo de desmonte da capacidade do Estado em gerir e operar os serviços públicos de saúde. Como resultado, o SUS está assumindo o esforço principal no combate à pandemia,

enfrentando um grande desafio para atender às crescentes demandas de cuidados de saúde da população.

Nesta mesma perspectiva, o Capítulo 4 **“Desafios de infraestrutura e recursos humanos na expansão do acesso na Atenção Primária à Saúde”** defendeu que a expansão da APS no Brasil enfrenta dificuldades relacionadas à infraestrutura e aos recursos humanos. Contudo, é possível superar esses desafios com o investimento adequado e o comprometimento do governo e dos profissionais de saúde, garantindo que a população tenha acesso aos serviços necessários.

O capítulo 5 **“Oportunidades de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família na melhoria do acesso à Atenção Primária à Saúde”** destaca a importância de algumas medidas para fortalecer a APS no Brasil, como a participação da comunidade na gestão e avaliação dos serviços de saúde, a capacitação dos profissionais para atuar de forma integral, a promoção da saúde e a atenção às doenças crônicas. Além disso, trata da importância do investimento em tecnologia e inovação para melhorar a qualidade e eficiência dos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Como soluções os capítulos 6 e 7 ampliam a discussão sobre a necessidade de incorporação de tecnologias. No capítulo 6, dialogamos sobre **“O uso de tecnologias e inovações para melhorar o acesso à Atenção Primária à Saúde”**. O capítulo destaca que o uso de tecnologias e inovações pode melhorar significativamente o acesso à APS e levar a uma melhoria na qualidade do atendimento, redução de custos e aumento na eficiência do sistema de saúde. E no capítulo 7, **“Redes de atenção à saúde na Atenção Primária: o papel do acesso no cuidado integrado e coordenado”**, destacamos que a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde é fundamental para garantir um cuidado integrado e de qualidade, possibilitando uma abordagem mais ampla e efetiva no cuidado à saúde. Neste sentido, as RAS na APS são um importante mecanismo para garantir um

cuidado integral e coordenado à população e avançar em direção à universalização do direito à saúde.

O capítulo 8, tratou sobre o **“Acesso e uso equitativo dos serviços de saúde: um desafio para a promoção da universalização em saúde”** e discutiu sobre a importância do acesso equitativo aos serviços de saúde para a promoção da saúde e bem-estar da população, contribuindo para a redução da mortalidade, o controle de doenças crônicas e a prevenção de doenças transmissíveis. Além disso, tratou sobre a universalização em saúde, como uma questão de justiça social, garantindo que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde como um direito humano fundamental, para a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e saudável.

No capítulo 9 **“Acesso à saúde na atenção primária à saúde com foco na longitudinalidade: estratégias para fidelizar usuários aos programas e serviços”**, os autores enfatizaram sobre o estabelecimento de conexões mais sólidas com os usuários para fornecer um atendimento de excelência. Assim, destacam que é factível assegurar um acesso integral à saúde e fomentar o bem-estar da sociedade.

O capítulo 10 trouxe algumas **“Experiências bem-sucedidas de acesso na Atenção Primária à Saúde: lições aprendidas”**. Assim os autores reiteram que é necessário que a APS assuma o papel de porta principal e coordenadora do cuidado em saúde, com uma melhor utilização dos recursos na referência e contra referência. Embora não seja a única maneira de acessar cuidados em saúde, é crucial que a população possa fazê-lo através dessa porta. Assim, os autores sugerem a adoção de medidas que eliminem as barreiras de acesso, incluindo a implementação de estratégias de acolhimento e classificação de risco.

O capítulo 11 **“A proposta do acesso avançado para qualificação do acesso à saúde na Atenção Primária à Saúde”** teve como objetivo introduzir o modelo de Acesso Avançado (AA) como uma estratégia para melhorar a qualidade da APS. Para atingir esse objetivo, foi descrito como essa estratégia foi aplicada

na Unidade Básica de Saúde Jardim Mitsutani, localizada na cidade de São Paulo, e como sua adoção pode beneficiar a saúde pública e contribuir para o aprimoramento dos serviços de saúde no Brasil.

Por fim, no capítulo 12 **“Acesso e acessibilidade na Atenção Primária à Saúde: desafios e estratégias para garantir o direito à saúde”**, os autores discutiram sobre a necessidade de assegurar a acessibilidade à APS. Estes argumentaram a acessibilidade como ferramenta imprescindível para uma rede de serviços de saúde organizada e disponível, oferecendo cuidado de alta qualidade, próxima aos cidadãos. Assim, é fundamental que os serviços estejam disponíveis em horários convenientes para a população, que não exijam agendamento prévio e que possam ser utilizados através de transporte público de fácil acesso até as unidades de saúde.

Enfim, este livro é destinado a usuários do SUS, profissionais de saúde, gestores, formuladores de políticas, estudantes e pesquisadores interessados na promoção da saúde, no acesso à saúde e na construção de sistemas de saúde mais justos e eficientes.

Gostaria de expressar minha sincera gratidão a Deus – minha maior e eterna fonte de inspiração -, aos meus pais, irmãos e sobrinhos, ao meu esposo Tarcísio e meus filhos Davi e Gabriel, à EE- EERP-USP, à CAPES, à Lis, ao Grupo de Pesquisa e a todos os pesquisadores que contribuíram para a conclusão desta obra. Tenho certeza de que este livro será uma fonte inspiradora de conhecimento e ideias que poderão contribuir para a transformação da saúde no Brasil.

Desejo a todos (as) uma boa leitura!
“AbraSUS”.

Larayne Gallo Farias Oliveira
Programa Interunidades em Enfermagem
Escola de Enfermagem da USP

CAPÍTULO 1

CENÁRIO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS NO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fraccolli²

Myria Ribeiro da Silva³

Leticia Aparecida da Silva⁴

Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek⁵

Ana Marília Viana Utim⁶

Daniela Silva Campos⁷

Laiza Gallo Farias⁸

João Felipe Tinto Silva⁹

Júlio César Novais Silva¹⁰

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada uma das principais estratégias para garantir o acesso universal e equitativo à saúde, além de ser uma abordagem mais eficiente e efetiva para a promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de condições crônicas (TASCA *et al.*, 2020). No entanto, as desigualdades regionais impactam no acesso à APS no Brasil são um desafio persistente para a construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

O Brasil possui um sistema de saúde público e gratuito, o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo garantir o acesso universal à saúde para toda a população (BRASIL, 1990). Apesar disso, as desigualdades regionais no acesso à APS são evidentes e

* <https://www.doi.org/10.51795/97865265057931730>

persistentes, com diferenças significativas entre as regiões e Estados do país e são uma realidade preocupante e complexa.

Nesta perspectiva Travassos e Castro (2012) alertam:

Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais. Isso porque as condições de saúde são preponderantemente influenciadas por fatores que afetam diferentemente os grupos sociais, tais como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, redes sociais, entre outros (TRAVASSOS; CASTRO, p. 184, 2012).

De acordo com Almeida Filho (2020), compreender o efeito das discrepâncias compulsivas, sociais e políticas na esfera da saúde, requer uma análise do vínculo entre pobreza e desigualdades, bem como a consideração de outras questões, tais como hábitos de vida, práticas de saúde, disparidades em saúde, disponibilidade dos serviços de saúde e estado de saúde tanto dos indivíduos quanto das comunidades. Nas palavras de Naomar Almeida Filho:

Apesar da insistente referência a noções positivas de justiça, justeza e escolha social, a problematização teórica e metodológica dos gradientes sociais em saúde prioriza a negação, operando conceitos de desigualdade e diferença em lugar de igualdade e equidade. Tal padrão mostra-se simétrico e consistente em relação ao modo predominante de definição da saúde como ausência de doença no campo da pesquisa em saúde individual e coletiva. Enfim, mediante os termos injustiça e doença, tanto a justiça quanto a saúde são tratadas como negatividade (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 95)

O contexto acima contribui para a falta de infraestrutura adequada. A escassez de recursos humanos e financeiros, a dificuldade de coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a falta de informação e participação da comunidade são alguns dos fatores que cooperam para essas desigualdades

(BOUSQUAT *et al.*, 2019). Como resultado, muitos usuários enfrentam barreiras para acessar serviços de saúde.

De acordo com estes autores, é fundamental que sejam implementadas políticas públicas efetivas para reduzir essas desigualdades regionais no acesso à APS. Isso inclui o fortalecimento dos sistemas de saúde locais, a melhoria da infraestrutura de saúde, o aumento do número de profissionais de saúde, o investimento em tecnologias e inovações, a promoção da participação da comunidade na gestão da saúde e o estímulo à formação de Redes de Atenção à Saúde. Somente com um compromisso real e ações concretas é possível alcançar a equidade no acesso à APS em todo o país.

Embora a APS seja a principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro (STARFIELD, 2002), ainda há grandes diferenças entre as regiões do país em termos de oferta, qualidade e cobertura dos serviços de saúde básicos. No Norte e Nordeste do país, por exemplo, o acesso à APS é mais desigual do que nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (FREIRE *et al.*, 2021; BOUSQUAT *et al.*, 2019). Há uma menor densidade de profissionais de saúde, uma menor disponibilidade de serviços e uma maior distância geográfica entre as comunidades e os centros de saúde. Além disso, existem fatores socioeconômicos, culturais e demográficos que contribuem para essa desigualdade, como a pobreza, a baixa escolaridade e as desigualdades de gênero.

Por outro lado, nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, o acesso à APS é geralmente melhor, com uma maior densidade de profissionais de saúde e uma maior oferta de serviços (PROTÁSIO; MACHADO; VALENÇA, 2015; BOUSQUAT *et al.*, 2019). No entanto, mesmo nessas regiões, há desigualdades regionais, com algumas áreas rurais e periféricas tendo um acesso mais limitado à APS em comparação com as áreas urbanas.

Neste sentido, este capítulo irá discorrer sobre os cinco agrupamentos das unidades da federação em regiões, com destaque para as características das desigualdades regionais no acesso à APS. Sendo assim, coopera para superar essas

desigualdades, sugerindo um esforço conjunto do governo, profissionais de saúde e da sociedade civil para expandir a oferta de serviços de saúde básicos, melhorar a formação e distribuição de profissionais de saúde e garantir a equidade no acesso à saúde em todo o país.

DESENVOLVIMENTO

O acesso à APS no Norte do Brasil apresenta desafios significativos (GARNELO *et al.*, 2018). Essa região possui características específicas, como a vasta extensão territorial, a presença de populações indígenas e ribeirinhas e a dificuldade de acesso a áreas remotas, o que pode dificultar o alcance da população aos serviços de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2021; SOARES *et al.*, 2022).

Além disso, a região Norte é marcada por desigualdades sociais e econômicas, o que pode impactar o acesso da população mais vulnerável aos serviços de saúde (SOARES *et al.*, 2022). Conforme alertam estes autores a falta de infraestrutura adequada, como postos de saúde e hospitais, especialmente em áreas remotas, também pode dificultar o acesso à APS. No entanto, vale ressaltar que o acesso à APS no Norte do Brasil vem sendo aprimorado ao longo dos anos, com ações que visam ampliar a cobertura e qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, a exemplo do incentivo ao uso de tecnologias, com implantação de sistemas informatizados de gestão de saúde, telemedicina e teleconsultas, entre outras tecnologias que possam ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos (BRITO; LEITÃO, 2020).

Um estudo realizado por Natividade e colaboradores (2021) que buscou avaliar a satisfação e resolubilidade de uma plataforma de telesaúde no estado do Pará, apontou como relevante o programa no que tange ao apoio à APS; quanto à satisfação dos profissionais e usuários, demonstrou-se que o uso da tecnologia foi considerada elevada, variando de 77,9 a 95,45%.

Já o Nordeste possui características específicas, como uma grande população rural, que pode ter dificuldades em acessar serviços de saúde (GALVÃO *et al.*, 2019), e a presença de populações indígenas e quilombolas (ROSA *et al.*, 2020), que têm demandas específicas em termos de saúde. Além disso, a região é marcada por desigualdades sociais e econômicas, o que pode impactar o acesso da população mais vulnerável aos serviços de saúde (VILELA; BONFIM; MEDEIROS, 2008). A falta de infraestrutura adequada, como postos de saúde e hospitais, especialmente em áreas rurais e distantes dos grandes centros urbanos (MOREIRA *et al.*, 2017).

No entanto, é importante ressaltar, conforme alertam Carvalho e estudiosos (2015), as condições de saúde no Nordeste brasileiro são, em geral, mais precárias em comparação com outras regiões do país. Essa região apresenta um conjunto de desafios devido a uma série de fatores históricos, sociais, econômicos e geográficos que afetam a oferta e a qualidade dos serviços de saúde e a saúde da população como um todo.

Entre os principais desafios encontrados na região Nordeste, pode-se destacar: Baixo desenvolvimento econômico, uma vez que muitas cidades e comunidades no Nordeste são marcadas por altos níveis de pobreza e desigualdade socioeconômica (ALVARENGA, 2022); Acesso limitado a serviços de saúde (BÔAS; OLIVEIRA, 2016); Insuficiência de profissionais de saúde, pois este Estado possui uma concentração menor de médicos e outros profissionais de saúde em comparação com outras regiões do país (ALELUIA *et al.*, 2017).

Ademais, esta região enfrenta desafios significativos em relação a doenças infecciosas, como a malária, a dengue e a leishmaniose, que podem ser transmitidas por mosquitos e outros vetores (SILVA *et al.*, 2022; ANDRADE *et al.*, 2022; CAVALCANTE *et al.*, 2022). Nesta mesma perspectiva, o Nordeste também enfrenta um crescente número de casos de doenças crônicas (MELO *et al.*, 2023), como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares, que podem ser agravadas por hábitos de vida pouco saudáveis, como a má alimentação e o sedentarismo.

Da mesma forma, enfrenta desafios significativos em relação à saúde mental, incluindo altas taxas de suicídio (SILVA *et al.*, 2022), transtornos mentais (ALVES; SANTOS; BARBOSA, 2022) e abuso de drogas e álcool (OLIVEIRA; BERTONI, 2022).

Pelo contrário, a região Centro-oeste apresenta um perfil urbano, com população concentrada nas grandes cidades e em áreas de expansão urbana (BÜHLER *et al.*, 2023). Uma das características da região é a grande presença de atividades agropecuárias (ALCANTARA; BACHA, 2023), o que pode levar a riscos à saúde dos trabalhadores do campo, bem como da população que consome produtos dessas atividades.

Outro desafio na região Centro-Oeste é a grande extensão territorial (LORETO *et al.*, 2023), que pode dificultar o acesso da população a serviços de saúde em áreas mais distantes. A falta de infraestrutura adequada, como postos de saúde e hospitais, pode afetar o acesso da população aos serviços de saúde, especialmente em áreas rurais (FONSECA *et al.*, 2023).

Um estudo realizado por Souza (2015), revelou que a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes *mellitus*, a baixa escolaridade, o desemprego, o sedentarismo, o tabagismo e o elevado Índice de Massa Corporal foram associados com a pior autoavaliação de saúde na região Centro Oeste. De acordo com atendimentos realizados de janeiro a outubro de 2022 nesta região, a obesidade é frequente em adolescentes. Ou seja, dos quase 39 mil adolescentes de 10 a 19 anos, 22,8 mil estão com sobrepeso, 12,6 mil possuem obesidade e outros 3,5 mil possuem obesidade grave (BRASIL, 2022).

Assim também, conforme o estudo de Bühler e colaboradores (2023) que investigou os impactos do processamento de cana-de-açúcar no Brasil e suas relações nas dimensões socioambientais e de saúde em três macrorregiões do Centro-Oeste, concluiu que a poluição do ar, o desemprego e a baixa escolaridade, provocam efeitos na saúde respiratória infantil e perfil de violência nestes municípios.

O acesso à APS no Sudeste do Brasil é variado, pois a região apresenta grandes contrastes socioeconômicos e de desenvolvimento (BELLINI, 2022). O Sudeste é a região mais urbanizada do país, com uma grande concentração de população nas áreas urbanas, o que pode facilitar o acesso aos serviços de saúde.

Por outro lado, as grandes cidades da região enfrentam desafios relacionados à infraestrutura e organização do sistema de saúde (ROSA; MARQUES, 2022), como longas filas de espera para consultas e procedimentos, dificuldades para marcação de consultas e falta de leitos hospitalares. Além disso, a desigualdade social pode dificultar o acesso da população mais carente a serviços de saúde (FERREIRA; SARTI; BARROS, 2022).

No Sul do Brasil, o acesso à APS é relativamente bom em comparação com outras regiões do país. Isso se deve, em parte, ao fato de que a região Sul tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais elevado do que outras regiões brasileiras, o que reflete uma maior qualidade de vida da população em geral (GUIMARÃES *et al.*, 2022).

Além disso, a região Sul tem investido significativamente na expansão da APS, o que tem contribuído para uma maior cobertura da população em termos de acesso à saúde, com uma oferta de serviços que incluem prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças (GUIMARÃES *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As desigualdades regionais no acesso à APS no Brasil representam um grande desafio para o SUS e se constituem uma contradição dialética. A falta de infraestrutura adequada, a escassez de recursos humanos e financeiros, a dificuldade de coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a falta de informação e participação da comunidade são alguns dos fatores que contribuem para essas desigualdades. Por outro lado, os diferentes perfis de saúde e doença configuram diferentes

demandas o que vai exigir também diferentes modelos e formatos organizacionais de acesso.

A equidade no acesso à APS é um desafio importante para garantir que todos os brasileiros tenham a oportunidade de desfrutar do melhor estado de saúde possível. Para isso, é preciso continuar avançando na promoção da saúde como um direito humano fundamental, que deve ser garantido a todos, independentemente da região em que vivem ou da sua condição socioeconômica.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Isabela Romanha de; BACHA, Carlos José Caetano. A modernização desigual da agropecuária brasileira de 2006 a 2017. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 27, 2023.

ALELUIA, Italo Ricardo Santos et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1845-1856, 2017.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Contexto e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00255020, 2021.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. **Salud colectiva**, Buenos Aires, v. 16, p. 1-34, 2020.

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é Saúde?**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALVARENGA, Antonia Valtéria Melo. Resenha: Uma política de desenvolvimento econômico para o Nordeste. **Revista da Academia de Ciências do Piauí**, Volume 3, Número 4, p. 122-129, julho/dezembro, 2022.

ALVES, Roberta Machado; SANTOS, Emelyne Gabrielly de Oliveira; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Fatores associados aos transtornos mentais comuns entre agricultores em um município de médio porte no nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022.

ANDRADE, Sâmia Moreira Andrade et al. Estudo epidemiológico dos casos de Dengue no Nordeste brasileiro entre 2012 e 2021. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 7, p. 52839-52852, 2022.

BELLINI, Elyrouse Cavalcante de Oliveira. **(In)eficiência e qualidade na prestação dos serviços de atenção primária dos municípios do sudeste brasileiro nos modelos de administração direta e organizações sociais de saúde**. 2022. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

BÔAS, Luana; OLIVEIRA, Denize. A Saúde nas comunidades ribeirinhas da Região Norte brasileira: revisão sistemática da literatura. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.

BOUSQUAT, Aylene et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00099118, 2019.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, set 20, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: MS; 2022.

BRITO, Bruno de Oliveira; LEITÃO, Luciana Pereira Colares. Telemedicina como estratégia de combate a covid-19 na região Norte do Brasil. **Saúde em redes**, v. 6, n. 2Sup, p. 81-93, 2020.

BÜHLER, Helena Ferraz et al. Os impactos socioambientais e na saúde decorrente da cadeia produtiva do Etanol no centro-oeste do Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 3, p. 10865-10884, 2023.

CARVALHO, Renata Alves da Silva et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 5, 2015.

CAVALCANTE, Francisco Roger Aguiar et al. Leishmaniose visceral: aspectos epidemiológicos, espaciais e temporais no município de Sobral, nordeste do Brasil, 2007-2019. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 10, n. 1, p. 1-8, 2022.

FERREIRA, Maria do Carmo; SARTI, Flávia Mori; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Desigualdades sociais na incidência, mortalidade e sobrevida de câncer em mulheres em um município do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022.

FONSECA, Erica Teixeira da et al. Desafios do atendimento de saúde nas populações ribeirinhas. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e24812139440-e24812139440, 2023.

FREIRE, Deborah Ellen Wanderley Gomes et al. A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

GALVÃO, Jôse Ribas et al. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

GARNELO, Luiza et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018.

GUIMARÃES, Nara Moraes et al. Análise da relação do índice de desenvolvimento humano municipal com a taxa de mortalidade infantil nos estados brasileiros, no período de 2010 a 2017. **Revista Cereus**, v. 14, n. 2, 2022.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça et al. **APS+10: painel de indicadores para o monitoramento de 10 anos de expansão da APS no município do Rio de Janeiro**. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2022.

LORETO, Maria das Dores Saraiva de et al. Análise Multicritério para identificação de áreas prioritárias para irrigação, por meio de indicadores socioeconômicos, no contexto da Bacia Tocantins-Araguaia, Região Centro-Oeste do Brasil. **Interações (Campo Grande)**, v. 23, p. 927-943, 2023.

MELO, Mônica Thalia Brito de et al. Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos do Nordeste: uma revisão integrativa. **Diversitas Journal**, v. 8, n. 1, 2023.

MOREIRA, Kênia Souto et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017.

OLIVEIRA, Janderson Carneiro de; BERTONI, Luci Mara. Usos de Drogas: Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental de um CAPS AD do Nordeste do Brasil. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 175-190, 2022.

NATIVIDADE, Taiane do Socorro Silva et al. Avaliação da satisfação e resolubilidade da plataforma telessaúde redes no estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, 2021.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 353-371., 2014.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda; MACHADO, Liliane dos Santos; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-9, 2015.

ROSA, Jamille Alves Araújo et al. Análise clínica e salivar das condições de saúde bucal de uma comunidade quilombola do Nordeste brasileiro. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 8, n. 2, p. 375-388, 2020.

ROSA, Rodolfo Mattar; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Impacto do modelo de financiamento da oncologia sobre a equidade de acesso ao tratamento e respostas clínicas obtidas por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 14, n. spec, p. e038-e038, 2022.

SILVA, M. V. et al. Soroprevalência de doenças infecciosas em doadores de sangue no banco de ossos e sangue do Nordeste, no período de janeiro de 2020 a junho de 2022. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 44, p. S490, 2022.

SILVA, Taynara Lais et al. Análise espacial do suicídio no Nordeste do Brasil e fatores sociais associados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, 2022.

SOARES FILHO, Adauto Martins et al. Atenção primária à saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 377-386, 2022.

SOUZA, Lúcia Stela Pessanha Lopes de. **Fatores associados à autoavaliação de saúde no Centro Oeste**. 2015. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Cuiabá, 2015.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TASCA, Renato et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. Capítulo 6. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

VILELA, Mirella Bezerra Rodrigues; BONFIM, Cristine; MEDEIROS, Zulma. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias: reflexo das desigualdades sociais em um município do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, p. 445-461, 2008.

¹Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

²Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

³Doutora em Ciências (UNIFESP). Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Coordenadora do Laboratório de Infectologia do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Metodologias na Enfermagem (NEPEMENF) da UESC. Coordenadora do NEENF – Linha Informação e Comunicação na Enfermagem da UESC. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional da UESC, <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>

⁴Doutoranda em ciências da saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/2596662866634261>

⁵Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único em Saúde, <http://lattes.cnpq.br/3419379505411099>.

⁶Farmacêutica licenciada em química, pela faculdade Estácio de Sá e professora acadêmica, <https://lattes.cnpq.br/8066300078791575>.

⁷Mestra em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde pela EEUSP. Especialista em Saúde Pública pela Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP e em Saúde Pública com Ênfase na Gestão

da Atenção Básica em Saúde pelo Núcleo de Administração em Saúde da Universidade Federal de São Paulo –UNIFESP, <http://lattes.cnpq.br/1858824157839063>

⁸ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>

⁹ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, <http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

¹⁰ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>

CAPÍTULO 2

RELAÇÕES ENTRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SISTEMA COMPLEMENTAR NO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹
Lislaine Aparecida Fracolli²
Pã da Silva Lôpo³
Richardson Lemos de Oliveira⁴
Alfredo Almeida Pina-Oliveira⁵
Ana Marília Viana Utim⁶
Keila Aparecida Silva⁷
Laiza Gallo Farias⁸
Júlio Cesar Novais Silva⁹
Talitha Zileno Pereira¹⁰

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, é um sistema público de saúde brasileiro que tem como objetivo garantir o acesso universal, integral e gratuito à saúde para toda a população (BRASIL, 1990). O SUS é responsável por oferecer atendimento gratuito a toda a população brasileira, sendo financiado por recursos públicos e por meio de impostos. Desde então, conforme destaca Santos (2018), o SUS tem passado por diversos desafios, incluindo a falta de financiamento adequado, a desigualdade no acesso aos serviços e a falta de infraestrutura adequada em muitas regiões do país.

O SUS é composto por uma rede de serviços de saúde que inclui hospitais, clínicas, postos de saúde, unidades de pronto-

* <https://www.doi.org/10.51795/97865265057933144>

atendimento, entre outros. O seu objetivo principal é promover a saúde da população, prevenir doenças e garantir o acesso universal aos serviços de saúde, sem discriminação (MENDES, 2019). O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e é um elemento fundamental no sistema de proteção social do Brasil (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; CONILL, 2021; PAIM, 2019).

De acordo com Almeida Filho (2011), o objetivo do SUS não se limita apenas à prestação de serviços de saúde, mas também à promoção humanista da saúde por meio de iniciativas que abrangem uma concepção ampla de saúde, com destaque para suas determinantes sociais. Essas iniciativas visam transformar a situação de saúde da população brasileira, reduzindo as desigualdades sociais e melhorando as condições de vida de diversos grupos.

Anteriormente à criação do SUS, a assistência gratuita aos serviços de saúde era de propriedade das Santas Casas de Misericórdia pois “quem não tinha dinheiro, dependia da caridade e da filantropia” (TOMASCHEWSKI, 2007). As casas de pensão foram instituições previdenciárias criadas no Brasil na década de 1920, com o objetivo de fornecer assistência médica e social aos trabalhadores urbanos. Essas casas eram mantidas por empresas, sindicatos e outras organizações, e ofereciam serviços de saúde e outros benefícios aos trabalhadores e suas famílias (SANTOS, 2018).

As casas de pensão tiveram um papel importante no fornecimento de assistência médica à população urbana brasileira durante grande parte do século XX. No entanto, o sistema enfrentou problemas de falta de recursos e má gestão, o que levou à sua substituição pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) na década de 1970.

O INAMPS foi uma autarquia federal brasileira com o objetivo de garantir a assistência médica aos trabalhadores e seus dependentes. Ele foi responsável pela gestão do sistema de saúde pública no país até a criação do SUS em 1988 (MENDES, 2013). Tinha como principal função o financiamento e a coordenação de serviços de saúde em todo o país, incluindo a construção e a

administração de hospitais e postos de saúde, a contratação de profissionais de saúde e a implementação de políticas públicas para melhorar a saúde da população (OUVERNEY; FLEURY, 2017). Embora o INAMPS tenha desempenhado um papel importante no fornecimento de serviços de saúde à população brasileira durante as décadas de 1970 e 1980, o sistema enfrentou problemas de falta de recursos e má gestão, o que levou à sua substituição pelo SUS em 1988.

A Atenção Primária à Saúde (APS), é a principal estratégia do SUS, considerada como a porta de entrada e responsável por oferecer os primeiros cuidados em saúde, como consultas médicas, atendimento de enfermagem, vacinação, entre outros serviços (STARFIELD, 2002). A importância da APS na prevenção de doenças e promoção da saúde está diretamente ligada ao fato de que a maioria das doenças pode ser evitada ou tratada precocemente se houver um acesso adequado aos serviços de saúde na fase inicial do desenvolvimento da doença (PIRES; LUCENA; MANTESSO, 2022).

Neste sentido, a APS trabalha com a promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de ações como o diagnóstico precoce de doenças, a realização de vacinação, ações educativas em saúde, o monitoramento de doenças crônicas, entre outras atividades. A atuação na APS também é importante para a identificação de fatores de risco e para o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado para os usuários (MENDES, 2019).

Além disso, a APS é uma estratégia eficaz para a redução de custos na saúde, uma vez que, a prevenção e o tratamento precoce das doenças podem evitar internações e procedimentos mais invasivos e caros (SANTOS, 2018). A atuação da APS também contribui para a redução da sobrecarga dos serviços de urgência e emergência, uma vez que muitas demandas nessas áreas poderiam ter sido atendidas de forma preventiva na APS (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2022).

Já o sistema complementar de saúde no Brasil, teve origem nas primeiras associações de ajuda mútua, que nasceram no

século XIX. A partir da década de 1920, o setor privado de saúde começou a se desenvolver no país, com a abertura de hospitais e clínicas particulares. Nos anos 1960 e 1970, a criação dos planos de saúde impulsionou ainda mais o crescimento do setor privado de saúde, que se tornou uma opção para aqueles que podiam pagar por serviços médicos mais rápidos e personalizados (CONILL *et al.*, 2018).

O sistema de saúde complementar no Brasil é composto por instituições e profissionais que oferecem serviços de saúde mediante pagamento direto ou através de planos de saúde (CELUPPI *et al.*, 2019). Esses planos de saúde são adquiridos por indivíduos ou empresas para ter acesso a serviços de saúde em hospitais, clínicas, consultórios médicos e outros serviços de saúde privados. As empresas de planos de saúde são regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e precisam cumprir normas e regulamentações para garantir a qualidade dos serviços prestados (PIETROBON; CARVALHO; CAETANO, 2008).

O sistema complementar de saúde tem crescido nos últimos anos e se tornou uma opção para quem busca um atendimento mais rápido e individualizado. Assim como em outros países, no Brasil, alguns segmentos da população, como aqueles com renda média e alta, trabalhadores do mercado formal ou de setores econômicos de ponta, funcionários públicos e parlamentares, têm cobertura de planos de saúde (CONILL, 2021). Entretanto, o acesso aos serviços de saúde privados ainda é restrito a uma parcela da população brasileira que pode pagar por esses serviços, o que tem gerado desigualdades no acesso à saúde no país (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

No que tange mais especificamente aos serviços de saúde, um desafio que merece destaque diz respeito ao subfinanciamento da saúde e à baixa participação do setor público nesse financiamento, tornando o sistema de saúde nacional bastante afeto aos interesses privados, dada a relevância do sistema suplementar privado no

sistema como um todo (GADELHA; MALDONADO; COSTA, p. 231, 2012).

De acordo com o relatório institucional n. 8 que trata da “Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família”, o SUS não cobre 72,69 milhões de brasileiros e brasileiras, o que corresponde a 34% da população do país. Dentre esses, pelo menos 33,3 milhões de pessoas não possuem plano de saúde privado e dependem exclusivamente do SUS (FARIA *et al.* 2023). Tais dados, abrem espaços para alguns questionamentos: estas populações estão tendo acesso à saúde como um direito de cidadania? Como a coexistência dos sistemas de saúde público e privado impacta o acesso da população à APS? Qual a relação entre o SUS e o sistema privado no acesso à APS?

Partindo destas reflexões, este capítulo propõe refletir sobre a importância da APS no Brasil e compreender como o SUS e o sistema privado de saúde se relacionam para oferecer acesso à saúde no Brasil. Pode-se dizer que esta relação é complementar, mas não igualitária. Enquanto o SUS é o principal provedor de APS para a população de baixa renda e sem acesso a planos de saúde privados, o sistema privado complementa o acesso à APS para indivíduos que podem pagar por planos de saúde.

DESENVOLVIMENTO

Embora a saúde seja um direito de cidadania garantido por lei no Brasil, ainda há desafios a serem enfrentados para garantir que todos os brasileiros tenham acesso adequado aos serviços de saúde. Ao longo das décadas seguintes, o SUS e o sistema privado de saúde se desenvolveram de forma paralela no Brasil, e apesar das diferenças entre os dois sistemas, ambos contribuíram para o acesso da população aos serviços de saúde no país. Uma das principais diferenças entre o SUS e o sistema privado de saúde é a forma de financiamento.

O financiamento do SUS é predominantemente público, ou seja, é financiado por recursos provenientes do Orçamento Geral da União, Estados, Municípios e do Fundo Nacional de Saúde (MASSUDA, 2020). Além disso, o SUS também conta com outras fontes de financiamento, como convênios com instituições públicas e privadas, doações, entre outras e tem uma abordagem mais centrada para a prevenção e promoção da saúde.

O Previne Brasil é um programa do Ministério da Saúde que teve como objetivo reorganizar o modelo de financiamento e gestão da APS no país. Lançado em 2019, ele busca fortalecer a APS como porta de entrada para o sistema de saúde, além de priorizar a prevenção e promoção da saúde (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). Entre as principais ações do programa, estão a criação de novos critérios para repasse de recursos federais para os municípios, baseados em indicadores de desempenho e qualidade dos serviços de saúde, e auxílio da oferta de serviços de saúde na APS, incluindo consultas médicas, exames e vacinação. O Previne Brasil também prevê a adoção de novas tecnologias para a gestão e monitoramento dos serviços de saúde, a capacitação dos profissionais de saúde e o fortalecimento da participação social na gestão da saúde (CARMO *et al.*, 2022).

O Brasil investe 9,2% do seu PIB em saúde, no entanto, a parcela de gastos públicos em saúde, que é de 3,95% do PIB, está consideravelmente abaixo da média de outros países da América do Sul, indicando um sistema cronicamente subfinanciado (FRANÇA FILHO, 2021). É necessário aumentar e melhorar os gastos em saúde pública, devido à natureza progressiva e ao alto retorno social das políticas de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como, às demandas crescentes associadas ao envelhecimento populacional e às variações nos custos médico-hospitalares.

No entanto, de acordo com o estudo de Ubaldine e Oliveira (2020), as projeções de gastos do SUS até 2060 mostram dois fatos importantes: primeiro, o SUS não está em uma trajetória explosiva de gastos, ao contrário de outros sistemas de saúde de outros países, e tende a se estabilizar em um determinado patamar. Em

segundo lugar, com a presença da Emenda Constitucional n. 95 que define o teto de gastos da União, o gasto em saúde pode ficar restrito a longo prazo, caindo para 3,8% do PIB.

Já o sistema privado de saúde, é predominantemente financiado por pagamentos diretos dos usuários ou por meio de planos de saúde, que são oferecidos por empresas privadas de saúde (ROCHA *et al.*, 2021). Os planos de saúde funcionam como uma espécie de seguro, em que os usuários pagam uma mensalidade e têm direito a uma série de serviços de saúde, dependendo do plano escolhido. Estes, tem uma abordagem mais centrada para o tratamento de doenças e condições de saúde já existentes.

No entanto, a coexistência deste último pode ter um impacto negativo no acesso da população à APS nas desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre os ricos e os pobres. Se os serviços de saúde privados forem muito caros e inacessíveis para a maioria da população, isso pode levar a uma maior desigualdade no acesso à APS, o que pode ter consequências graves para a saúde da população em geral (BAHIA; CARDOSO, 2019).

Os preços abusivos dos planos de saúde no Brasil afetam diretamente o SUS ao sobrecarregar a rede pública de saúde (BAIRD, 2020). Como muitas pessoas não conseguem arcar com os altos custos dos planos de saúde privados, acabam recorrendo ao SUS para receber atendimento médico. Esse aumento na demanda pode gerar (e gera) uma sobrecarga no sistema, impactando a qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS. Ainda segundo Baird (2020), o sistema de saúde privado muitas vezes atende a parcela da população mais rica, e muitas vezes mais saudável, deixando para o SUS os usuários com doenças mais graves e complexas, o que gera um desequilíbrio na distribuição de demanda e recursos.

Neste sentido, é necessário regulamentar o setor de planos de saúde, para garantir a transparência nos preços e na qualidade dos serviços oferecidos, assim como a concorrência justa entre as empresas, o que poderia reduzir os preços abusivos e diminuir a pressão sobre o SUS.

Para o sistema privado, a APS muitas vezes é vista como um serviço complementar, principalmente quanto ao Programa Nacional de Imunização e a oferta de atendimento de urgência e emergência (CONILL, 2021). Neste sentido, Conill (2021) alerta que a falta de coordenação e comunicação entre os serviços públicos de saúde e privados pode levar à duplicação de serviços, ao desperdício de recursos e à falta de continuidade do cuidado.

A pressão no SUS pode ser reduzida por usuários que possuem plano de saúde, por meio de algumas medidas, como a utilização do plano de saúde para consultas e exames simples, deixando assim a rede pública de saúde para aqueles que realmente necessitam. Ademais, evitando a utilização desnecessária de serviços de urgência e emergência para problemas que não são graves ou que podem ser tratados em consultas agendadas com seus médicos conveniados. Nesta mesma perspectiva, o agendamento de consultas de acompanhamento com antecedência para doenças crônicas não degenerativas e outras causas, pode vir a evitar a procura por atendimento na rede pública de saúde em momentos de crise ou emergência, deixando assim os recursos do SUS para quem realmente precisa.

Outra medida fundamental é a participação de campanhas de vacinação. Os usuários com plano de saúde devem participar das campanhas de vacinação promovidas pelo governo, evitando assim a sobrecarga no sistema de saúde durante surtos de doenças infecciosas. Neste sentido, é importante que os usuários com plano de saúde sejam solidários e conscientes, evitando utilizar os recursos do SUS de forma assistida e sempre que possível contribuir para melhorar a qualidade dos serviços de saúde pública.

A colaboração do setor privado com o SUS pode trazer inovações tecnológicas e novas abordagens de gestão para o setor de saúde, melhorando a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Pode contribuir para a expansão da capacidade de pesquisa e desenvolvimento na área de saúde, beneficiando a população como um todo desde que seja feita de maneira transparente e regulamentada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema complementar no acesso à APS no Brasil é complexa. Embora o SUS seja o principal responsável pela oferta de serviços de APS no país, uma parcela significativa da população tem acesso à saúde por meio de planos de saúde privados. Isso pode levar a desigualdades no acesso aos serviços de saúde e à sobrecarga do SUS em regiões com menor cobertura de planos de saúde.

Porém, a recente implementação do programa Previne Brasil pelo governo federal busca fortalecer a APS como porta de entrada para o sistema de saúde, priorizando a prevenção e promoção da saúde. Além disso, a integração entre o SUS e o setor privado pode ser promissora se realizada de forma eficiente e transparente, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

Vale destacar, que os preços abusivos dos planos de saúde no Brasil são um problema recorrente. Os altos valores cobrados pelos planos, somados à falta de transparência e à baixa qualidade dos serviços prestados, tornam o acesso à saúde um privilégio para poucos, enquanto muitos ficam desprotegidos e sem acesso à assistência médica adequada.

Além disso, a falta de regulação eficiente e de concorrência no setor contribui para a manutenção desses preços abusivos. É necessário, portanto, que sejam implementadas medidas para garantir a transparência nos preços e a qualidade dos serviços, bem como o fortalecimento do SUS como um sistema público e universal de saúde.

Há, no entanto, uma tendência positiva na área de saúde, que é o crescimento do número de consultórios e clínicas populares que oferecem serviços com preços acessíveis, ampliando o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde. Isso é particularmente importante em países onde o sistema de saúde é inacessível ou inadequado para muitos indivíduos. A oferta de serviços com preços baixos pode ajudar a democratizar o acesso à saúde e reduzir as desigualdades na prestação de cuidados de saúde. Além disso, o

aumento da concorrência pode levar a uma melhoria geral na qualidade dos serviços prestados, com os prestadores de cuidados de saúde buscando melhorar sua eficiência e eficácia para manter seus “clientes”.

Certamente, o setor complementar não deve ser “demonizado”, mas sim visto como um complemento ao SUS, especialmente em relação à capacidade de oferecer serviços especializados e de alta complexidade. No entanto, é importante que esses serviços sejam acessíveis e ofereçam custo-efetividade, ou seja, que os custos envolvidos na prestação de cuidados de saúde estejam em linha com os benefícios para a saúde dos pacientes. Essa é uma questão complexa e controversa, no entanto, a colaboração entre esses setores pode ser benéfica para garantir que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente de sua renda.

Neste sentido, é necessário aumentar a APS no SUS por meio do fortalecimento da ESF, modelo comprovadamente eficaz. Para alcançar esse objetivo, é preciso realizar a conversão integral dos modelos de APS tradicionais para a ESF, bem como ampliar a cobertura da ESF para atingir 100% da população. É fundamental também, garantir que todas as equipes de ESF estejam completas e tenham melhores condições de trabalho, além de inovar no modelo assistencial da APS com foco no enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. Por fim, é importante incorporar ferramentas de saúde digital na APS para aprimorar o atendimento oferecido aos usuários.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BAHIA, Ligia; CARDOSO, Artur Monte. Saúde em tempos de hiperajuste fiscal, restrição à democracia e obscurantismo. **Brasil: incertezas e submissão**, p. 251-269, 2019.

BAIRD, Marcello Fragano. **Saúde em jogo: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2020.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, set 20, 1990.

CARMO, Wesley Lieverson Nogueira do et al. Projeto “APS Forte” e os reflexos nos indicadores do previne Brasil e no processo de trabalho das equipes de atenção primária dos municípios do Estado do Amapá. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 40043-40063, 2022.

CELUPPI, Ianka Cristina et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 302-313, 2019.

CONIL, Eleonor Minho. Sistemas universais de saúde: o que a comparação com outros países nos informa?. **O tempo**, p. 84, 2021.

CONILL, Eleonor Minho et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1501-1510, 2008.

FARIA, Manuel et al. **Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família**. Estudo Institucional nº 8. 28 de novembro de 2022, atualizado em 12 de janeiro de 2023.

FRANÇA FILHO, André Luiz de. **A relação entre os gastos públicos com saúde e indicadores de qualidade de vida no Brasil**. 2021. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Econômicas) – Departamento de Economia, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2021.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José Manuel Santos de Varge; COSTA, Laís Silveira. O Complexo

Produtivo da Saúde e sua Relação com o Desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. Capítulo 7. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, v. 2, p. 89-120, 2012.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; TEIXEIRA, Márcia. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4593-4598, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, p. 27-34, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. In: **Desafios do SUS**. P. 869-869. 2019.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; SILVA, Myria Ribeiro da; SILVA, João Luis Almeida da. Construction of the PEC-URE educational technology: training in urgency and emergency for the Family Health Strategy. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e31411528429, 2022.

OUVERNEY, Assis Mafort; FLEURY, Sonia. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**, v. 51, p. 1085-1103, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 15-28, 2019.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional

de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 767-783, 2008.

PIRES, Renata de Cássia Coelho; LUCENA, Adriana Dias; MANTESSO, Jhennyfer Barbosa de Oliveira. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 107-114, 2022.

ROCHA, Rudi et al. **Considerações sobre a Reforma da Lei dos Planos de Saúde e seus Possíveis Impactos sobre o SUS**. 2021.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1729-1736, 2018.

SETA, Marismary Horsth De; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. **Caridade e filantropia na distribuição da assistência: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas-RS: 1847-1922**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2007.

UBALDINE, Danielle Diniz; OLIVEIRA, Herick Cidarta Gomes de. Reflexos do envelhecimento populacional brasileiro nos custos assistenciais do setor de saúde suplementar: uma análise da projeção para 2060. **Refas-Revista Fatec Zona Sul**, v. 7, n. 2, p. 17-35, 2020.

- ¹ Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>
- ² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>
- ³ Pós-graduando em Direito médico e da saúde – Legale Educacional, <http://lattes.cnpq.br/2325696638494627>.
- ⁴ Doutorando em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), <http://lattes.cnpq.br/4803706686488473>.
- ⁵ Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP-SP). Professor Doutor do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS) da EEUSP-SP, <http://lattes.cnpq.br/5159190517984235>.
- ⁶ Farmacêutica licenciada em química, pela faculdade Estácio de Sá e professora acadêmica, <https://lattes.cnpq.br/8066300078791575>.
- ⁷ Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG, <http://lattes.cnpq.br/8799464726195496>.
- ⁸ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>
- ⁹ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>
- ¹⁰ Mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde da Família PPGSF na Universidade Federal do Sul da Bahia, Médica Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, <http://lattes.cnpq.br/0653676041791816>

CAPÍTULO 3

O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fracolli²

Silas Santos de Araújo³

Vanessa Souto Paulo⁴

Denise Maria Campos de Lima Castro⁵

Daniela Cristina Geraldo⁶

Edmilson Alves dos Santos⁷

Bárbara Braga Orsine Silva Moreira⁸

Laiza Gallo Farias⁹

Júlio Cesar Novais Silva¹⁰

INTRODUÇÃO

Desde que a pandemia de COVID-19 se espalhou pelo mundo, as rotinas de saúde foram profundamente afetadas. A doença infecciosa COVID-19 é provocada pelo vírus *SARS-CoV-2*. Os seus sintomas são semelhantes à de uma gripe, mas é possível que o quadro se agrave em algumas pessoas, especialmente em idosos e com comorbidades. Os principais sintomas são respiratórios, juntamente com hipertermia, fadiga, mal-estar e enxaqueca. (BRASIL, 2020).

Segundo Richard Horton, a crise sanitária não poderia ser vista apenas como uma pandemia, mas sim como uma “sindemia”. Ele argumentou em um editorial, que seria necessário mudar a abordagem da crise de saúde, considerando os contextos

* <https://www.doi.org/10.51795/97865265057934557>

econômico, ambiental e social, que são marcados por profundas desigualdades. Essa perspectiva científica amplia a visão deste período para uma forma mais ampla e sistêmica (HORTON, 2020).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), que é a porta de entrada para o sistema de saúde, sofreu mudanças significativas (MENDONÇA *et al.*, 2020). A restrição de atendimentos presenciais, o fechamento de unidades de saúde e a sobrecarga de profissionais de saúde foram algumas das consequências da pandemia. Esses fatores sofreram impacto direto no acesso à APS, tornando o desafio de cuidar da saúde da população ainda mais complexo (ALVES, 2020).

A APS desempenhou um papel fundamental na prevenção e controle da pandemia de COVID-19 (SILVEIRA; ZONTA, 2020). Isso ocorre, porque a APS é o primeiro nível de atendimento de saúde e tem uma abordagem integral e coordenada, que inclui ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento (MENDES, 2019). Além disso, a APS foi responsável por promover ações de educação em saúde e informação à população sobre as medidas necessárias para prevenir a transmissão do vírus, como o uso de máscaras e a higienização das mãos (FACCHINI, 2020).

Portanto, a APS foi uma peça-chave no enfrentamento da pandemia de COVID-19, pois sua abordagem integral e coordenada pode contribuir significativamente para a prevenção e controle da doença (NEDEL, 2020). No entanto, de acordo com este autor, houve uma acentuada redução do número de consultas e procedimentos realizados, bem como no aumento da demanda reprimida. Para mitigar esses efeitos, o uso de tecnologias digitais e a implementação de medidas de segurança sanitária, como a utilização de equipamentos de proteção individual, foram soluções, a priori, eficazes, para permitir o acesso à APS durante a pandemia (SANTOS; FRANÇA; SANTOS, 2020).

A pandemia de COVID-19 teve um grande impacto no acesso à APS. Diversos fatores apontaram para isso, incluindo a sobrecarga do sistema de saúde, a suspensão temporária de alguns serviços de saúde (FERNANDES *et al.* 2020), a dificuldade de ir aos

serviços presenciais (HARZHEIM *et al.*, 2020) e a falta de recursos para a manutenção das unidades de saúde (ANDRES; CARLOTTO; LEÃO, 2020). Isso levou a uma redução significativa na procura por atendimento de rotina na APS, bem como um aumento na demanda por serviços de saúde relacionados à COVID-19 (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Muitos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) deixaram de buscar atendimento devido ao medo de contaminação pelo vírus e ao temor de sobrecarregar o sistema de saúde já sobrecarregado (MENDONÇA *et al.*, 2020).

Além disso, a pandemia teve impacto na disponibilidade de profissionais de saúde na APS, muitos dos quais foram direcionados para o atendimento a usuários com COVID-19 em hospitais e unidades de saúde de maior complexidade (OLIVEIRA *et al.*, 2020). A falta de pessoal em muitas unidades de saúde pode ter afetado a qualidade do atendimento e o acesso dos usuários aos serviços. Outro fator que contribuiu para o impacto da pandemia no acesso à APS no Brasil, foi à dificuldade de acesso à tecnologia e à internet, o que dificultou o acesso aos serviços de saúde remotos e telemedicina (UESUGI *et al.*, 2022).

Vale destacar que durante a pandemia de COVID-19, surgiram várias barreiras de acesso à APS. Algumas dessas barreiras incluem o medo de contágio em unidades de saúde, a suspensão de serviços de saúde não relacionados à COVID-19, a escassez de suprimentos e equipamentos de proteção individual para profissionais de saúde e a falta de acesso à tecnologia para consultas virtuais (FACCHINI, 2020). Assim, os grupos já economicamente menos favorecidos foram os mais afetados, sofrendo de forma desproporcional.

Neste sentido, essas barreiras dificultaram o acesso a serviços de saúde preventivos e curativos, o que pode levar a um aumento na mortalidade e morbidade de doenças não relacionadas à COVID-19 (NORMANDO *et al.*, 2021). Para superar essas barreiras, foi necessário adotar medidas para garantir a segurança dos usuários e dos profissionais de saúde, a expansão do acesso à tecnologia e o aumento da conscientização sobre a importância da APS.

Tais desdobramentos levam à reflexão do quão é fundamental compreender as implicações da pandemia no acesso à APS, bem como as possíveis soluções para mitigar esses impactos. Estes impactos repercutem após o fim da pandemia?

DESENVOLVIMENTO

Com o avanço da pandemia de COVID-19 a APS recebeu um novo tipo de demanda: aumento da ansiedade e do estresse relacionados à pandemia, e a necessidade de triagem e tratamento de usuários com COVID-19 (SAVASSI *et al.*, 2020). Ademais, a APS também se tornou uma alternativa para usuários que tiveram seus tratamentos adiados ou cancelados em outras especialidades devido às restrições impostas pela pandemia (SOEIRO *et al.*, 2020).

Esse aumento da demanda colocou pressão adicional sobre o sistema de saúde, especialmente em áreas com recursos limitados. Para enfrentar esse desafio, foram adotadas estratégias, como a implantação de serviços de telemedicina (UESUGI *et al.*, 2022), a expansão de equipes de saúde e a adaptação de espaços físicos para garantir a segurança dos usuários e dos profissionais de saúde (ALVES, 2020) e implementação de novas medidas de segurança, como triagem de usuários e testes para COVID-19 e o uso de equipamentos de proteção individual (ANDRES; CARLOTTO; LEÃO, 2021).

Além disso, as equipes de APS tiveram que se adaptar para lidar com a demanda crescente de usuários com COVID-19, ao mesmo tempo em que continuaram a fornecer atendimento a usuários com outras condições de saúde (SANTOS; FRANÇA; SANTOS, 2020). Isso incluiu a reorganização dos serviços de saúde para permitir o distanciamento social, a implementação de clínicas de atendimento rápido para usuários com sintomas de COVID-19 e a expansão do atendimento virtual (SILVEIRA; ZONTA, 2020).

A adaptação dos serviços de APS à pandemia de COVID-19 foi um processo desafiador, mas foi essencial garantir que os usuários recebessem o cuidado de que precisavam enquanto se mantinham

seguros. Essas mudanças também podem ser implementadas a longo prazo para a forma como APS será oferecida no futuro.

A retomada da APS no pós-pandemia apresenta vários desafios. Um dos principais desafios foi o de lidar com o grande acúmulo de demandas reprimidas, devido à queda de serviços durante a pandemia (MASCARO, 2000), assim como a busca dos usuários com Doenças Crônicas Não Degenerativas (DCND), gestantes, assim como de doenças transmissíveis como Tuberculose ou Hanseníase, que abandonaram o tratamento durante este período. Isso veio a sobrecarregar os profissionais de saúde e levar longos tempos de espera para os usuários, e principalmente, levou a sequelas irreversíveis.

Outro desafio foi a adaptação às novas necessidades e demandas dos usuários, que podem ter sido acolhidos pela pandemia de diferentes maneiras. Isso pode incluir uma maior prevalência de doenças crônicas (MALTA *et al.*, 2021), problemas de saúde mental (PRADO *et al.*, 2020) e outras questões relacionadas à saúde.

Além disso, a retomada da APS precisou da captação de recursos financeiros adequados e suporte governamental para garantir que os serviços pudessem ser prestados de forma eficaz e segura (MENDONÇA *et al.*, 2020). Isso incluiu a expansão da capacidade de serviços de saúde, treinamento adequado para profissionais de saúde e implementação de medidas de segurança para prevenir a transmissão da COVID-19 e de outras doenças com as mesmas características.

Por fim, a retomada da APS no pós-pandemia migrou para a necessidade de uma mudança de paradigma em relação à forma como a atenção primária é prestada, com ênfase na prevenção, promoção da saúde e atendimento centrado no usuário. Esses desafios são complexos e exigem um esforço conjunto dos governos, profissionais de saúde e da sociedade em geral para serem superados. Neste sentido, a pandemia destacou a importância da APS como um componente vital do sistema de saúde.

Algumas recomendações podem ser vinculadas para melhorar o acesso à APS no Brasil após a pandemia de COVID-19:

- Fortalecer a infraestrutura: O governo brasileiro pode aumentar os investimentos em infraestrutura, incluindo a construção de clínicas e centros de saúde, para melhorar o acesso à APS em todo o país (MENDES, 2012);

- Aumentar o número de profissionais de saúde: O Brasil precisa aumentar o número de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas, além de melhorar a distribuição de profissionais em áreas urbanas (CARVALHO, 2015). O governo pode incentivar os profissionais de saúde a trabalharem nessas áreas com programas de incentivos;

- Ampliar o uso da tecnologia: A pandemia de COVID-19 mostrou como a tecnologia pode ser usada para melhorar a prestação de serviços de saúde (UESUGI *et al.*, 2022). O governo pode investir em tecnologia para melhorar o acesso à APS, incluindo a telemedicina e o uso de aplicativos móveis;

- Melhorar a qualidade dos serviços: A qualidade da APS no Brasil pode ser melhorada por meio da padronização dos serviços e do estabelecimento de protocolos clínicos (KOVALSKI; SCHERER; ROMAN, 2021). Os profissionais de saúde devem receber treinamento adequado para garantir que os serviços prestados sejam de alta qualidade;

- Ampliar o acesso a medicamentos: O acesso a medicamentos deve ser ampliado em todo o país, especialmente para aqueles que vivem em áreas remotas ou de baixa renda. O governo pode oferecer subsídios para reduzir o custo dos medicamentos e melhorar o acesso a eles (ÁLVARES *et al.*, 2021);

- Envolver a comunidade: A comunidade deve ser envolvida na prestação de serviços de APS (CASTRO *et al.*, 2021). O governo pode desenvolver programas para incentivar a participação da comunidade na prestação de serviços de saúde e para educar a população sobre a importância da atenção primária à saúde.

Quanto ao questionamento que embasou este estudo, embora ainda não seja possível prever com precisão como será o cenário

pós-pandemia, já é possível identificar algumas questões que extrapolam exclusivamente à saúde. A pandemia afetou significativamente a economia mundial, e é provável que os efeitos econômicos continuem a ser sentidos por um longo tempo após o fim da pandemia (SANTOS, 2021). A recuperação econômica pode ser lenta e desigual em diferentes setores e países.

Ademais, a pandemia mudou significativamente a forma como as pessoas trabalham, com muitas empresas adotando o trabalho remoto (BRIDI *et al.*, 2020). É esperado que essas mudanças persistam, com mais empresas adotando políticas de trabalho flexíveis. A pandemia também afetou o estilo de vida das pessoas, incluindo viagens, socialização, atividades de lazer e educação (SILVA *et al.*, 2020). Nesta perspectiva, muitas instituições de ensino tem adotado até os dias atuais, os modelos híbridos de ensino presencial e a distância.

Vale destacar, que durante a pandemia, a APS enfrentou grandes desafios socio sanitários e teve que lidar com problemas crônicos pré-existentes da população. Além disso, a população ainda enfrentava as sequelas da COVID-19 em um contexto de serviços precários, com falta de estrutura e profissionais inadequados e condições de trabalho deficientes. Isso reflete a persistência de problemas de saúde ou doenças que deveriam ter sido erradicados ou controlados, juntamente com o surgimento de novos problemas de saúde provocados pela COVID-19.

Talvez, o principal impacto da pandemia foi a forma como afetou a saúde mental de muitos usuários e profissionais de saúde, incluindo ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020). É provável que a demanda por serviços de saúde mental continue a ser alta por um longo período pós-pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia ressaltou a importância de defender o protagonismo da APS na alocação de recursos financeiros, visando

otimizar gastos e organizar fluxos para diminuir despesas desnecessárias com internações hospitalares, tanto para casos de COVID-19 quanto para outras causas sensíveis à APS.

A pandemia da COVID-19 levou a uma aceleração na adoção de tecnologias de suporte à saúde remotas e não presenciais, incluindo telemedicina, atendimento virtual, aplicativos de saúde e outras soluções digitais. Essas tecnologias permitiram que os profissionais de saúde realizassem consultas, diagnósticos e tratamentos à distância, bem como monitorar e gerenciar condições de saúde remotamente. Isso é, particularmente importante, para usuários com condições crônicas ou que vivem em áreas remotas, onde o acesso aos cuidados de saúde pode ser limitado.

No entanto, a implementação dessas tecnologias também levantou algumas questões importantes, como a segurança dos dados de saúde dos usuários, a necessidade de treinamento para profissionais de saúde e a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde em um ambiente não presencial. Em geral, a pandemia da COVID-19 forçou a indústria de saúde a se adaptar rapidamente às novas realidades, e a adoção de tecnologias de suporte à saúde remotas e não presenciais, provavelmente, terá um papel importante no futuro da prestação de cuidados de saúde.

O SUS tem enfrentado uma situação extremamente crítica, tendo que lidar não só com o pós-pandemia de Covid-19, mas também com o longo processo de desmonte da capacidade do Estado em gerir e operar os serviços públicos de saúde. Como resultado, o SUS tem assumido o esforço principal no combate à pandemia, enfrentando um grande desafio para atender às demandas crescentes de cuidados de saúde da população.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, Juliana et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

ALVES, Maria Teresa Garcia. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2496-2496, 2020.

ANDRES, Silvana Carloto; CARLOTTO, Auro Braz; LEÃO, Andressa. A organização e estruturação do serviço de saúde na APS para o enfrentamento da Covid-19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 3, n. 1, p. 09-15, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. 2020.

BRIDI, Maria Aparecida et al. O trabalho remoto/home-office no contexto da pandemia COVID-19. **Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Grupo de Estudos Trabalho e Sociedade**, 2020.

CARVALHO, Viviane Karoline da Silva. **O Programa Mais Médicos e as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre atração, retenção e recrutamento de médicos para áreas rurais e remotas**. 2015. 61 f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2015.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

FACCHINI, Luiz Augusto. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia?. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 3-10, 2020.

FERNANDEZ, Michelle Vieira et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020.

HARZHEIM, Erno et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS)

no assento do condutor. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 2493-2497, 2020.

HORTON, Richard. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10255, p. 874, 2020.

KOVALSKI, Aline Piaceski; SCHERER, Maria Benilde; ROMAN, Arlete Regina. A utilização de protocolos clínicos assistenciais na Atenção Primária à Saúde na visão de enfermeiros. In: **Congresso Internacional em Saúde**. 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2833-2842, 2021.

MASCARO, Alysson Leandro. **Crise e pandemia**. Boitempo Editorial, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. In: **Desafios do SUS**. P. 869-869. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, D.F.: OPAS; p. 515. 2012.

MENDONÇA, Claunara Schilling et al. Resposta assistencial de um serviço docente assistencial de APS à pandemia da COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 33-37, 2020.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. A pandemia Covid-19 no Brasil: ecos e reflexos nas comunidades periféricas. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 162-168, 2020.

NABUCO, Guilherme; OLIVEIRA, Maria Helena Pereira Pires de; AFONSO, Marcelo Pellizzaro Dias. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. **Revista Brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532-2532, 2020.

NEDEL, Fúlvio Borges. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca!. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 11-16, 2020.

NORMANDO, Paulo Garcia et al. Redução na Hospitalização e Aumento na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2021.

OLIVEIRA, Maria Angélica Bezerra de et al. A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 142-150, 2020.

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

PRADO, Amanda Dornelas et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128-e4128, 2020.

SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; FRANÇA, Marcus Viniicius Sacramento; SANTOS, Juliane Lopes Ferreira dos. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 169-176, 2020.

SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **J Manag Prim Health Care [Internet]**. 27^o de outubro de 2020, 12:1-13.2020.

SILVA, Cinthia Lopes da et al. Os dias entre o teto e o chão da casa: lazer e práticas corporais no contexto brasileiro em tempos da Covid-19. **Licere-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 23, n. 3, p. 57-92, 2020.

SILVEIRA, João Paulo Mello da; ZONTA, Ronaldo. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 91-96, 2020.

SOEIRO, Rachel Esteves et al. Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, 2020.

UESUGI, Juliana Hiromi Emin et al. Aplicações da telemedicina no cenário da pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e29211124877-e29211124877, 2022.

¹ Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

³ Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual da Bahia (UESB), Saúde Escolar pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e Especializando em Docência do Ensino Profissional e Tecnológico pelo Instituto Federal da Bahia (IFBA), <http://lattes.cnpq.br/3845624233441049>

⁴ Mestranda em Ciências e Tecnologias Ambientais (PPGCTA/IFBA/UFSB) pela Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, <http://lattes.cnpq.br/5120742953506052>

⁵ Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São Paulo – EPM (UNIFESP – EPM), Especialista em Saúde da Família, pela mesma universidade (UNIFESP- EPM). Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (MPAPS- EEUSP), Pós-graduanda em MBA de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (POLI – USP), Gerente de Unidade Básica de Saúde

-SP, Hospital Israelita Albert Einstein / Prefeitura Municipal de São Paulo, <http://lattes.cnpq.br/8266030205384926>

⁶ Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no programa Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, <http://lattes.cnpq.br/1817703149879658>

- ⁷ Mestrando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), enfermeiro assistencial na Estratégia de Saúde da Família, <https://lattes.cnpq.br/4662464567537522>
- ⁸ Mestranda profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Sul da Bahia(UFSB), Enfermeira especialista em Gestão Pública com ênfase em PSF pela Faculdades Unificadas DOCTUM, Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estácio de Sá e Enfermagem no Trabalho pela FTC, Apoiadora Institucional dos Programas na Atenção Primária, <http://lattes.cnpq.br/7236252802554447>
- ⁹ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>
- ¹⁰ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>

CAPÍTULO 4

DESAFIOS DE INFRAESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS NA EXPANSÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fracolli²

Alfredo Almeida Pina-Oliveira³

Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek⁴

Edmilson Alves dos Santos⁵

Leticia Aparecida da Silva⁶

Marco Paulo Vaz Sampaio Ribeiro⁷

Laiza Gallo Farias⁸

Alana de Jesus Senna⁹

João Felipe Tinto Silva¹⁰

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1990). O SUS é um sistema público, gratuito e universal de saúde que tem como objetivo garantir o acesso integral e igualitário aos serviços de saúde para toda a população brasileira (PAIM, 2019). Ao longo dos 30 anos de existência do SUS, foram realizados avanços significativos no campo da saúde pública brasileira, como a ampliação da rede de serviços de saúde, a melhoria do acesso a medicamentos e a implementação de políticas públicas para prevenção e tratamento de doenças (PAIM, 2018).

Entre as conquistas do SUS, destacam-se a criação do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1994), que prioriza a

* <https://www.doi.org/10.51795/97865265057935971>

Atenção Primária à Saúde (APS) e a prevenção de doenças, e a universalização do acesso a medicamentos para algumas doenças, como o HIV/AIDS e a tuberculose. O SUS também foi responsável por reduzir significativamente a mortalidade infantil e materna no país (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

O pesquisador Jairnilson Paim, em uma entrevista da pré-conferência Estadual na Bahia em 05 de abril de 2023, refletiu sobre o SUS ao longo destes anos a partir de quatro vieses: o SUS desejável (o que está na Reforma Sanitária Brasileira), o SUS necessário (o constitucional a partir dos artigos de 196 ao 200), o SUS possível (público e universal) e o SUS viável (que pode ser criado a partir de forças sociais e políticas). Nesta perspectiva, ele reiterou que, para avançar em saúde é necessário: valorizar a vigilância em saúde, a saúde do trabalhador, a educação em saúde, as políticas dos segmentos da população e territórios e não produzir uma gestão “medicalizada”.

Em um período de 30 anos, o SUS alcançou um expressivo avanço ao regulamentar uma trajetória de muito esforço e desafios enfrentados, diariamente, para proporcionar e garantir o direito universal à saúde como dever do Estado (PAIM, 2018). Esse extraordinário sucesso pode ser atribuído, em grande parte, à implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a principal estratégia da APS para promover a universalidade, integralidade e equidade (MENDES, 2019). A APS é o componente fundamental do SUS no Brasil, onde a maioria da população depende dela.

A ESF é uma estratégia da APS que busca oferecer um cuidado integral, contínuo e de qualidade aos indivíduos e famílias. Essa estratégia é baseada em equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, que trabalham em unidades básicas de saúde ou em domicílios (BARATIERI; MARCON, 2011). A ESF tem como objetivo a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida dos usuários (MENDES, 2012). Para isso, as equipes da ESF (eSF) realizam diversas atividades, como

visitas domiciliares, atendimento multiprofissional, ações educativas e de orientação sobre saúde, acompanhamento de gestantes e de crianças, entre outras.

O estudo institucional n.08 que tratou da “Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família” (FARIA *et al.*, 2023), revelou que aproximadamente metade dos municípios já alcançaram a cobertura completa da ESF, porém, cerca de 72,69 milhões de brasileiros ainda não são atendidos pelo programa, o que corresponde a 34% da população do país. De acordo com este estudo, a maioria dos indivíduos não atendidos pela ESF reside em áreas metropolitanas, especialmente no Sudeste e nas capitais. No entanto, há um conjunto de municípios localizados no Norte e no Nordeste do país, caracterizados por sua vulnerabilidade social e baixas taxas de cobertura.

Nesse íterim, a expansão da APS no país enfrenta desafios significativos de infraestrutura e recursos humanos. A falta de clínicas e centros de saúde adequados em áreas remotas e rurais, além da falta de equipamentos e recursos, são fatores que dificultam o acesso à APS (ALMEIDA *et al.*, 2021). Além disso, há uma escassez de profissionais de saúde nessas áreas (GIRDARD *et al.*, 2016), o que dificulta ainda mais o acesso aos serviços. Estas questões são preocupantes, pois a maioria da população brasileira depende do SUS e, portanto, é fundamental que o acesso aos serviços de APS seja expandido de maneira equitativa e eficiente.

De acordo com Farias *et al.* (2023), a distribuição da demanda por novas eSF não é uniforme em todo o país. Ao analisar em seu estudo, tanto a população total quanto a população exclusivamente atendida pelo SUS, constatou-se que a região Sudeste, concentra cerca de 51% e 42% das equipes adicionais necessárias, respectivamente, seguida pela região Nordeste, com 19% e 23% das equipes. Ainda sobre este estudo, São Paulo e Rio de Janeiro são os Estados com o maior número de equipes necessárias para alcançar uma cobertura de 100%. De maneira similar, a necessidade de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) está concentrada nas

regiões Sudeste e Nordeste. Tais resultados refletem as características territoriais da cobertura da ESF.

Nesse contexto, este tema exige atenção e a busca por soluções para 62usca62pi-los. Apesar dos avanços, o SUS ainda enfrenta muitos desafios, como a falta de investimento em saúde, a desigualdade regional e social no acesso aos serviços e a falta de recursos humanos qualificados (MENDES, 2019). No entanto, o SUS continua sendo uma conquista importante para o povo brasileiro.

Este capítulo propôs refletir quanto aos desafios de infraestrutura e recursos humanos na expansão do acesso à APS, propondo estratégias e soluções viáveis para superar esses desafios e promover o acesso universal aos serviços de saúde.

DESENVOLVIMENTO

Muitos serviços de APS estão em condições precárias e não possuem os equipamentos e recursos necessários para oferecer serviços (GIOVANELLA *et al.*, 2015). Estes autores, alertaram que os 1.916 estabelecimentos cadastrados ao qual o estudo analisou, estavam sem qualquer condição de funcionamento, pois não cumpriam requisitos mínimos para prestar qualquer atendimento e serem considerados uma unidade de saúde. Segundo estes autores, em precárias condições de infraestrutura, estas unidades deveriam ser fechadas ou interditadas até sua completa reforma. Outros estudos apontam condições semelhantes (SCHOTT *et al.*, 2023; FARIA *et al.*, 2023).

De acordo com a resolução-RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o “Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”, as condições necessárias para a construção e adequação de instalações físicas de unidades de saúde, como hospitais, clínicas e postos de saúde, visam garantir a segurança e o conforto dos usuários e profissionais da saúde (BRASIL, 2002). Esta resolução, também define as exigências de

acessibilidade e infraestrutura necessárias para a realização de procedimentos de saúde, visando a promoção da qualidade dos serviços prestados. No entanto, estudos apontam irregularidades, como infraestrutura inadequada, escassez de material, entre outros (XAVIER-GOMES *et al.*, 2015; FAUSTO *et al.*, 2002).

Em relação aos recursos humanos, há uma escassez de profissionais de saúde em todo o país (POZ, 2013; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; GUEDES; SILVA, 2023; SILVA; MACHADO, 2019). Além disso, muitos profissionais de saúde estão concentrados em áreas urbanas (SOARES *et al.*, 2020).

O estudo institucional n.08 (FARIA *et al.*, 2023), estimou que para alcançar uma cobertura de 100% da ESF, deverão ser criadas cerca de 25,6 mil novas eSF. Essa expansão, exigiria a contratação de até 236,9 mil profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares e agentes comunitários de saúde. Ou seja, para garantir a cobertura apenas dos serviços exclusivos do SUS, seriam necessárias 13,2 mil novas eSF.

A escassez de profissionais de saúde é um dos principais desafios de recursos humanos na expansão do acesso na APS. Isso ocorre, porque muitos profissionais estão concentrados em áreas urbanas e/ou optam por trabalhar em hospitais e clínicas privadas (SOUZA *et al.*, 2021), em detrimento do SUS. Outro desafio, é a falta de incentivos para que os profissionais de saúde trabalhem em áreas remotas (FRANCO; GIOVANELLA; BOUSQUAT, 2023). Essas áreas muitas vezes oferecem condições de trabalho precárias, baixos salários e poucas oportunidades de capacitação e desenvolvimento profissional. Isso pode desencorajar os profissionais de saúde a trabalharem nessas áreas.

Separavich e Couto (2021), analisaram a implementação do Programa Mais Médicos sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde, e concluíram que a falta de médicos em áreas remotas é um obstáculo recorrente para promover equidade na saúde. Isso ocorre, porque as populações historicamente vulneráveis, como pretos, pobres, quilombolas, indígenas e aquelas que vivem nas regiões Norte, Nordeste e

Centro-Oeste do país, bem como nas periferias das grandes cidades, são as mais afetadas por essa escassez.

Além disso, a formação inadequada de profissionais de saúde também é um desafio. Moretti-Pires (2009) já enfatizou que muitos profissionais são formados sem o conhecimento e habilidades necessárias para trabalhar em equipes multiprofissionais e oferecer serviços de APS. Isso pode afetar a qualidade dos serviços prestados (TOMASI; NEDEL; BARBOSA, 2021), a efetividade das ações de prevenção e promoção da saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2014) e a longitudinalidade do cuidado (KESLER *et al.*, 2019).

Para superar esses desafios de recursos humanos, é necessário investir em políticas públicas que incentivem a atuação de profissionais de saúde em áreas de difícil acesso, como a criação de programas de residência em áreas remotas e a oferta de incentivos financeiros para que os profissionais de saúde trabalhem nessas áreas. Além disso, é importante melhorar a formação de profissionais de saúde, fornecendo uma formação adequada e orientada para a APS, e investir em programas de capacitação e desenvolvimento profissional.

É necessário o investimento em infraestrutura para construir novas unidades de saúde e modernizar os existentes. Além disso, pode melhorar a qualidade dos serviços de APS, padronizando os serviços e estabelecendo protocolos clínicos para garantir que os serviços prestados sejam de alta qualidade. Neste sentido, a construção de novas instalações de saúde, atualização e manutenção de equipamentos, sistemas de informação e tecnologia da informação para melhorar a eficiência dos serviços, podem ser soluções viáveis para superar esses desafios e promover o acesso na APS.

Alocar mais recursos financeiros para a construção de infraestrutura e contratação de profissionais de saúde qualificados para fornecer serviços de APS é uma das maneiras mais óbvias de superar esses desafios (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015). O uso de tecnologias pode melhorar a eficiência e eficácia da APS, como a telemedicina, que pode reduzir a necessidade de infraestrutura física em áreas de difícil acesso e ajudar a alcançar mais usuários

(UESUGI *et al.*, 2022). Além disso, o uso de registros eletrônicos de saúde pode melhorar o gerenciamento de recursos humanos (TASCA *et al.*, 2020).

A contratação de mais profissionais de saúde é fundamental para expandir o acesso à APS (CAVALCANTE *et al.*, 2013). Isso pode ser alcançado por meio de programas de capacitação, recrutamento de profissionais de saúde de outras regiões e países, melhorias nas condições de trabalho e remuneração adequada. O fortalecimento da formação e capacitação dos profissionais de saúde pode melhorar sua habilidade para fornecer serviços de APS efetivos (MENDES *et al.*, 2015). Isso inclui capacitação em habilidades técnicas e gerenciais, além de programas de desenvolvimento profissional contínuo.

A criação de parcerias com organizações não governamentais pode ser usada para ajudar a construir infraestrutura e fornecer serviços de APS (BARBOSA; LOPES, 2009). Diversos estudos apontam a inserção de universidades, associações, grupos religiosos, que contribuíram significativamente para o acesso na APS (VENDRUSCULO *et al.*, 2016; CAVALCANTE *et al.*, 2013; FRANCO *et al.*, 2015; MOURA; LINS; SORIANO, 2018)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os usuários têm dificuldades em acessar serviços de saúde, embora o sistema de saúde brasileiro tenha sido criado com o objetivo de ser universal e democrático. A expansão da APS no Brasil enfrenta desafios significativos de infraestrutura e recursos humanos (entre outros). No entanto, com o investimento adequado e o comprometimento do governo e dos profissionais de saúde, é possível superar esses desafios e garantir que a população tenha acesso aos serviços que necessita.

Para superar esses desafios, é necessário investir em infraestrutura e modernizar as unidades de saúde existentes, além de aumentar o número de profissionais de saúde nessas áreas. Também é importante padronizar os serviços e estabelecer

protocolos clínicos para garantir a qualidade dos serviços prestados. Com essas medidas, é possível expandir o acesso à APS e garantir que a população tenha acesso aos serviços de saúde de que necessita.

Vale destacar, sobre a importância de oferecer salários dignos e um plano de carreira aos profissionais da APS, o que pode ajudar a atrair e reter profissionais qualificados, bem como reconhecer e valorizar seu trabalho. Além disso, é essencial garantir condições materiais adequadas, como equipamentos e disponibilidade de exames, para que os profissionais possam desempenhar suas funções de forma eficaz.

Outro ponto importante é o acesso à educação continuada, que pode ajudar os profissionais da APS a manter-se atualizados e aprimorar seus conhecimentos e habilidades ao longo do tempo. Isso pode levar a uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados e, conseqüentemente, na satisfação dos pacientes. Investir na força de trabalho da APS pode ter um impacto significativo na saúde da população e contribuir para a construção de um sistema de saúde mais equitativo e eficiente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00255020, 2021.

BARATIERI, Tatiane; MARCON, Sonia Silva. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 802-810, 2011.

BARBOZA, Renato; LOPES, Tarsio Vinicius Silva. Organizações não governamentais na região da Amazônia legal brasileira: o caso da saúde. **Revista Psicologia Política**, v. 9, n. 17, p. 149-169, 2009.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, set 20, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial.** Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, 2002.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio, 2009.

CAVALCANTE, Márcia Valéria da Silva et al. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, v. 5, n. 1, p. 235-256, 2013.

FARIA, Lina et al. **Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico.** Salvador: EDUFBA, p. 261, 2023.

FARIA, Manuel et al. **Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família.** Estudo Institucional nº 8 . 28 de novembro de 2022, atualizado em 12 de janeiro de 2023.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1605-1618, 2022.

FRANCO, Cassiano Mendes; GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em

municípios rurais remotos: onde está o território?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 821-836, 2023.

FRANCO, Elen Caroline et al. Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Revista Cefac**, v. 17, p. 1521-1530, 2015.

GUEDES, Thiago de Andrade; SILVA, Francielle Santos da. Gestão de saúde pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade regional de acesso. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 13, n. 37, p. 111-129, 2023.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 2675-2684, 2016.

GIOVANELLA, Ligia et al. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. **Novos Caminhos**, v. 5, 2015.

KESSLER, Marciane et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta paulista de enfermagem**, v. 32, p. 186-193, 2019.

MAGNAGO, Carinne; PIERANTONI, Celia Regina. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate**, v. 39, p. 9-17, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. In: **Desafios do SUS**. P. 869-869. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 45, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, D.F.: OPAS; p. 515. 2012.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 153-166, 2009.

MOURA, Marta David Rocha de; LINS, Sandra Lúcia Andrade de Caldas; SORIANO, Ana Marily. Um polvo de amor: uma experiência de trabalho voluntário. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 2018.

NASCIMENTO, Suelayne Gonçalves do et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 208-212, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 15-28, 2019.

POZ, Mario Roberto Dal. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1924-1926, 2013.

SCHOTT, Márcia et al. Integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Educação: Teoria e Prática**, v. 33, n. 66, p. e14 [2023]-e14 [2023], 2023.

SEPARAVICH, Marco Antonio; COUTO, Marcia Thereza. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3435-3446, 2021.

SILVA, Manoel Carlos Neri da; MACHADO, Maria Helena. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 07-13, 2019.

SOARES, Amanda Nathale et al. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

SOUZA, Neide Liamar Rabelo de et al. Médicos brasileiros: a formação, a profissão e o desafio de trabalhar durante a pandemia do Covid-19. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 12, p. 158-183, 2021.

TASCA, Renato et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 52-68, 2014.

TOMASI, Elaine; NEDEL, Fúlvio Borges; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. **APS Em Revista**, v. 3, n. 2, p. 131-143, 2021.

UESUGI, Juliana Hiromi Emin et al. Aplicações da telemedicina no cenário da pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e29211124877-e29211124877, 2022.

VENDRUSCOLO, Carine et al. A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

XAVIER-GOMES, Ludmila Mourão et al. Prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 695-707, 2015.

¹Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

³Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP-SP). Professor Doutor do Departamento de Enfermagem

em Saúde Coletiva (ENS) da EEUSP-SP, <http://lattes.cnpq.br/5159190517984235>.

⁴ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único em Saúde, <http://lattes.cnpq.br/3419379505411099>.

⁵ Mestrando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), enfermeiro assistencial na Estratégia de Saúde da Família, <https://lattes.cnpq.br/4662464567537522>

⁶ Doutoranda em ciências da saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/2596662866634261>

⁷ Mestrando em Ciências e Sustentabilidade (PPGCS – UFSB) pela Universidade Federal do Sul da Bahia <http://lattes.cnpq.br/1648475257305238>

⁸ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTL, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>

⁹ Especialista em Educação Infantil (UESC), Graduada em Pedagogia (UESC)

Coordenadora Pedagógica da Rede Municipal de Educação em Coaraci, Coordenadora Pedagógica da Rede Estadual de Educação da Bahia, em Coaraci, <http://lattes.cnpq.br/8638326019962324>

¹⁰ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, <http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

CAPÍTULO 5

OPORTUNIDADES DE FORTALECIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA MELHORIA DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fracolli²

Silas Santos de Araújo³

Denise Maria Campos de Lima Castro⁴

Daniela Cristina Geraldo⁵

Jerusa Costa dos Santos⁶

Edmilson Alves dos Santos⁷

Laiza Gallo Farias⁸

Roberta Lopes de Abreu⁹

Thaynara Silva dos Anjos¹⁰

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil que visa melhorar o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o território nacional (MOTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015). A APS tem desempenhado um papel crucial nas últimas décadas, conquistando avanços significativos para a saúde da população e a organização dos sistemas de saúde em diversos países. Ela é um caminho indispensável e sustentável para alcançar a saúde universal como um direito humano, garantindo qualidade, equidade, inclusão e justiça social. Sua atuação é através de equipes multiprofissionais ou equipes de

* <https://www.doi.org/10.51795/97865265057937385>

saúde da família (eSF), que atendem em uma determinada área geográfica (MENDES *et al.*, 2015).

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento das famílias, fazendo visitas domiciliares e realizando ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, buscando o cumprimento dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Cada eSF é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que devem realizar visitas domiciliares e desenvolver atividades educativas com a comunidade. Além disso, as eSFs devem contar com o apoio de profissionais de saúde bucal, como dentistas e técnicos em saúde bucal (TASCA *et al.*, 2020).

A presença de equipes multiprofissionais tem sido benéfica para melhorar as condições de saúde das populações atendidas. Entretanto, não é possível afirmar, que esse processo resultou em uma mudança no modelo de atenção à saúde, uma vez que, um dos efeitos indesejados tem sido o aumento da procura por serviços de média e alta complexidade, que reproduzem o modelo médico-assistencial dominante (MEDINA *et al.*, 2018)

A ESF valoriza a participação ativa da comunidade na gestão da saúde, buscando estabelecer vínculos de confiança entre as eSF e a população, e envolvendo os usuários no planejamento e execução das ações de saúde (MENDES, 2019). Além disso, a estratégia busca integrar diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo a continuidade do cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde (SANTOS, 2018).

Um dos principais desafios da ESF, é o princípio da universalidade (SALES *et al.*, 2019). Este princípio que garante o acesso igualitário como um direito humano fundamental às ações e serviços de saúde para todos os usuários, desde a APS até a alta complexidade, incluindo internações, cirurgias, exames e medicamentos. Neste sentido, Noronha, Lima e Machado (2012) discorrem sobre Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência:

O acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Ele implica a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso dos contribuintes da previdência social – inicialmente compostos por determinadas categorias profissionais e, posteriormente, pelos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho – aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços: as despesas com os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária entre grupos de diferentes classes de renda, sendo de responsabilidade de toda a sociedade (NORONHA; LIMA; MACHADO, p. 369, 2012).

A fim de garantir o acesso aos serviços de saúde para a prevenção de doenças, a promoção da saúde e o bem-estar da população, a ESF é a principal estratégia do Ministério da Saúde e a APS a principal porta de entrada ao SUS (STARFIELD, 2002). No entanto, para que o objetivo de servir como porta de entrada e garantir um atendimento regular seja alcançado, é preciso implementar medidas que equilibrem o atendimento entre as demandas programadas e espontâneas. É importante ressaltar, que lidar com as demandas espontâneas, representa o maior desafio para a organização do processo de trabalho das equipes.

Este capítulo irá discorrer sobre algumas oportunidades para fortalecer a ESF e melhorar o acesso à APS que incluem a ampliação da cobertura (MENEZES *et al.*, 2020), a qualificação da equipe multidisciplinar (BARRETO *et al.*, 2019), acesso aos medicamentos, tratamentos e exames (SILVA *et al.*, 2020), a estruturação das unidades de saúde (ANDRES; CARLOTTO; LEÃO, 2021), a ampliação dos serviços oferecidos (TASCA *et al.*, 2020), e a participação da comunidade (MENDONÇA; ALVES; SPADACIO, 2022).

DESENVOLVIMENTO

A extensão da cobertura na APS é um dos principais objetivos do SUS (GARNELO *et al.*, 2018). Conforme Menezes et al. (2020) isso envolve uma expansão da infraestrutura de saúde, o fortalecimento das eSF, o aumento do número de profissionais de saúde, a disponibilização de equipamentos e medicamentos adequados, além de uma gestão eficiente e participativa. Neste sentido, é importante ampliar a cobertura para que mais usuários tenham acesso à APS.

A capacitação e qualificação dos profissionais que atuam na ESF é fundamental para o fortalecimento da estratégia. Investir em capacitações e atualizações, pode melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a satisfação dos usuários. A equipe multidisciplinar é composta por profissionais de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, que trabalham juntos para prestar um atendimento integrado e eficiente.

Neste mesmo interim, a qualificação da equipe multidisciplinar envolve a capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de habilidades técnicas, científicas, humanísticas e de gestão (EVANGELISTA *et al.*, 2019). Isso significa investir em treinamentos, cursos, seminários e outras formas de capacitação que promovam a atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos dos profissionais de saúde (BARRETO *et al.*, 2019).

Formar trabalhadores para a saúde que incorporem a determinação social da doença como conceito norteador para intervenções nos territórios e nas comunidades é, portanto, um desafio para nós, pesquisadores e docentes militantes de uma saúde pública comprometida com o aperfeiçoamento do SUS (FACCHINI; GUILAM; TEIXEIRA, 2023, p. 9).

Além disso, é importante fomentar a troca de experiências e o trabalho em equipe, incentivando a colaboração entre os profissionais

de diferentes áreas. A qualificação da equipe multidisciplinar também envolve a valorização e o reconhecimento dos profissionais de saúde, oferecendo condições de trabalho, reconhecimentos justos e incentivos para o desenvolvimento da carreira.

O acesso aos medicamentos, tratamentos e exames na APS é um dos pilares fundamentais para garantir a transmissão da assistência à saúde (CAMPOS *et al.*, 2014). A APS é responsável por oferecer ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, e, portanto, é essencial que haja disponibilidade e acesso aos medicamentos, tratamentos e exames necessários para o cuidado da população.

Nesta perspectiva, a APS deve garantir a oferta de medicamentos essenciais, aqueles que são necessários para o tratamento das principais doenças e que devem estar disponíveis em todas as unidades de saúde (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Além disso, é importante que haja acesso a tratamentos e exames especializados, encaminhando os usuários para outras unidades de saúde de acordo com a complexidade do caso. Ademais, conforme Peixoto e colaboradores (2022), garantir o abastecimento regular de medicamentos nas unidades de saúde é importante para que os usuários tenham acesso aos tratamentos necessários.

Da mesma forma, a estruturação das unidades de saúde na APS deve priorizar a organização do trabalho em equipe, a garantia de acesso aos serviços de saúde, a integralidade do cuidado, a participação da comunidade e a gestão participativa (MENDES, 2019). Para isso, é fundamental investir em infraestrutura, equipamentos e tecnologia, pode melhorar o atendimento e a experiência dos usuários (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

Do mesmo modo, ampliar os serviços oferecidos nas unidades de saúde pode ser uma oportunidade para fortalecer a ESF (SANTOS, 2018). Oferecer serviços como exames laboratoriais, ampliação da cobertura vacinal, atendimento odontológico e outros, pode melhorar o atendimento e aumentar a satisfação dos usuários. Isso implica em oferecer um conjunto de serviços que vão além do tratamento de doenças, incluindo ações de promoção da

saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento de condições crônicas e reabilitação.

Entre os serviços que podem ser oferecidos nas unidades de saúde na APS, estão consultas médicas e de enfermagem, atendimento odontológico, serviços de imunização, acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, cuidados com crianças e adolescentes, atendimento a pacientes com doenças crônicas não degenerativas e ações de promoção da saúde, como atividades físicas e de educação em saúde.

Correia e Leite (2022), corroboram que a participação da comunidade na ESF, envolve a incorporação de práticas e ações que visam promover a participação ativa da população na gestão, avaliação e monitoramento dos serviços de saúde. Muitos usuários julgam que esta participação está restrita aos conselhos de saúde, comitês gestores, grupos de trabalho, entre outras negociações de participação social. No entanto, todos os usuários do SUS têm direito a participar ativamente das tomadas decisões no que tange à APS. Vale destacar, que estes grupos são compostos por gestores, profissionais de saúde e usuários.

Dessa forma, a participação da comunidade na ESF contribui para o fortalecimento da gestão participativa e democrática (ENGSTROM; SILVA, 2023), permitindo a identificação das necessidades de saúde local e a implementação de ações atendidas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Conforme destaca a revisão de Mattioni e colaboradores (2022), incentivar a participação dos usuários na gestão das unidades de saúde e na definição das prioridades, pode melhorar o acesso e a qualidade da atenção primária à saúde.

Ademais, em alguns casos, a dificuldade de locomoção ou outras condições de saúde, impedem que as pessoas busquem atendimento nas unidades de saúde. O atendimento domiciliar pode ser uma estratégia eficaz para garantir o acesso a essas pessoas (SAVASSI *et al.*, 2012). É importante, considerar que muitos usuários não conhecem os serviços disponíveis na rede de saúde ou têm dificuldades para acessá-los. Estratégias de comunicação

podem ser adotadas para informar e orientar a população sobre como buscar atendimento de forma adequada (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

Outra importante oportunidade, é o acolhimento humanizado e qualificado dos usuários pela equipe de saúde, com o objetivo de identificar suas necessidades e expectativas, orientar sobre os serviços oferecidos e encaminhá-los para a continuidade do cuidado (RIBEIRO *et al.*, 2022). O acolhimento na ESF pode ser realizado de diversas maneiras, desde a recepção dos usuários na unidade de saúde até a visita domiciliar (SANTOS; NUNES, 2023). Ele contribui para a promoção do vínculo entre profissionais e usuários, a resolutividade dos problemas de saúde e a melhoria da qualidade de vida da população atendida (MELO *et al.*, 2022).

Além disso, o acolhimento é um elemento importante para a construção da integralidade na atenção à saúde (BESSA *et al.*, 2022), ou seja, atenção às necessidades dos usuários de forma ampla, considerando suas singularidades e contextos de vida. Para que o acolhimento seja efetivo na ESF, é necessário que a equipe esteja capacitada e sensibilizada para a sua importância, além de contar com a estrutura e os recursos adequados para sua realização.

Essas são apenas algumas oportunidades para fortalecer a ESF e melhorar o acesso à APS. É importante que essas oportunidades sejam avaliadas e integradas de forma intuitiva e sistemática para garantir resultados efetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para melhorar o acesso à APS é importante fortalecer a ESF e aproveitar as oportunidades que ela oferece. Estas incluem a participação ativa da comunidade na gestão, avaliação e monitoramento dos serviços de saúde, a capacitação dos profissionais de saúde para atuarem de forma integral e integrada, com enfoque na promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção às condições crônicas. Também é importante investir em

tecnologia e inovação para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pela ESF.

Para que essa estratégia funcione de forma eficaz, é fundamental que as equipes de saúde estejam bem preparadas e que haja uma boa interação entre os profissionais envolvidos. Nesse sentido, o trabalho interprofissional é fundamental, já que a ESF envolve uma variedade de profissionais de saúde. É importante que esses profissionais trabalhem de forma integrada, compartilhando informações e colaborando para garantir a continuidade dos cuidados de saúde dos usuários.

Além disso, é fundamental investir nas relações interpessoais dentro das equipes, garantindo que os profissionais de saúde se comuniquem de forma clara e respeitosa, evitando conflitos e favorecendo um ambiente de trabalho colaborativo e saudável. Isso pode ajudar a melhorar a satisfação dos profissionais, reduzir o estresse no trabalho e, conseqüentemente, aumentar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos usuários.

Por fim, é essencial que haja um comprometimento político com a ESF como modelo de atenção à saúde, com investimentos adequados em recursos humanos, materiais e financeiros. Com essas oportunidades de fortalecimento, a ESF pode ser um importante instrumento para melhorar o acesso à APS e promover a saúde da população de forma integral e integrada.

REFERÊNCIAS

ANDRES, Silvana Carloto; CARLOTTO, Auro Braz; LEÃO, Andressa. A organização e estruturação do serviço de saúde na APS para o enfrentamento da Covid-19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 3, n. 1, p. 09-15, 2021.

BARRETO, Ana Cristina Oliveira et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 266-273, 2019.

BESSA, Sidney Sheldon Oliveira et al. Acolhimento em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência de um médico em formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, 2022.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em debate**, v. 38, p. 252-264, 2014.

CAMARGO, Diângeli Soares; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190600, 2020.

CORRÊA, Rodolfo Dias; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, 2022.

ENGSTROM, Elyne Montenegro; SILVA, Vanessa Costa. Gestão participativa na Atenção Primária à Saúde: ensaio sobre experiência em território urbano vulnerável. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 120-130, 2023.

EVANGELISTA, Maria José de Oliveira et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2115-2124, 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; TEIXEIRA, Carla Pacheco. Prefácio. IN:FARIA, Lina et al. **Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico**. Salvador: EDUFBA, p. 8-10, 2023.

GARNELO, Luiza et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018.

MATTIONI, Fernanda Carlise et al. A Atenção Primária em Saúde como cenário de práticas de Promoção da Saúde: Revisão

integrativa. **Revista Contexto & Saúde**, v. 22, n. 45, p. e12886-e12886, 2022.

MEDINA, Maria Guadalupe; et al. **A pesquisa em atenção primária à saúde no Brasil**. In: MENDONÇA, M. H.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. *Atenção primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 453-492, 2018.

MELO, Milena Vieira da Silva et al. *Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro*. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e220358, 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Desafios do SUS*. In: **Desafios do SUS**. P. 869-869. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, D.F.: OPAS; p. 515. 2012.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ALVES, Marcia Guimarães de Mello; SPADACIO, Cristiane. *Determinação Social da Saúde e Participação Social na APS*. **APS em revista**, v. 4, n. 1, p. 54-60, 2022.

MENEZES, Erica Lima Costa de et al. *Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso—análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1751-1764, 2020.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. *Estratégia Saúde da Família: clínica e crítica*. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, p. 196-207, 2015.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. Capítulo 12. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3561-3567, 2010.

PEIXOTO, Rafaela Tavares et al. O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 358-375, 2022.

RIBEIRO, Ana Paula Maria et al. A importância da implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e148111133325-e148111133325, 2022.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SANTOS, Wagner Elias Pinheiro dos; NUNES, Caroline Jonas Rezaghi Ricomini. O acesso ao acolhimento e ao atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS)–análise das principais normativas: relato de experiência. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 4, n. 18, 2023.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1729-1736, 2018.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro et al. Proposta de protocolo de classificação de risco para o atendimento domiciliar individual na atenção primária. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 3, n. 2, p. 151-157, 2012.

SILVA, Livia Silveira et al. Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TASCA, Renato et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

¹ Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

³ Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual da Bahia (UESB), Saúde Escolar pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e Especializando em Docência do Ensino Profissional e Tecnológico pelo Instituto Federal da Bahia (IFBA), <http://lattes.cnpq.br/3845624233441049>

⁴ Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São Paulo – EPM (UNIFESP – EPM), Especialista em Saúde da Família, pela mesma universidade (UNIFESP- EPM). Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (MPAPS- EEUSP), Pós-graduanda em MBA de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (POLI – USP), Gerente de Unidade Básica de Saúde-SP, Hospital Israelita Albert Einstein / Prefeitura Municipal de São Paulo, <http://lattes.cnpq.br/8266030205384926>

⁵ Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no programa Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, <http://lattes.cnpq.br/1817703149879658>

⁶ Mestranda pelo programa de pós- graduação em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no SUS. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP, <http://lattes.cnpq.br/8476135357717457>

- ⁷ Mestrando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), enfermeiro assistencial na Estratégia de Saúde da Família, <https://lattes.cnpq.br/4662464567537522>
- ⁸ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>
- ⁹ Mestranda em Profissional de Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Apoiadora Institucional dos Programas da Atenção Primária em Itabuna-BA e enfermeira obstetra no Hospital Manoel Novaes, <http://lattes.cnpq.br/3743178844701519>
- ¹⁰ Doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/7854897261723487>

CAPÍTULO 6

O USO DE TECNOLOGIAS E INOVAÇÕES PARA QUALIFICAR O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fracolli²

Jerusa Costa dos Santos³

João Luis Almeida da Silva⁴

Myria Ribeiro da Silva⁵

Lidiane Cristina da Silva Roberto⁶

Alana de Jesus Senna⁷

Laiza Gallo Farias⁸

Júlio Cesar Novais Silva⁹

Letícia de Oliveira Baliana¹⁰

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por garantir cuidados básicos e essenciais à população (STARFIELD, 2002). No entanto, estudos relatam que muitos usuários enfrentam dificuldades para acessar esses serviços, seja por questões geográficas, financeiras ou outras barreiras (SCHWARTZ et al., 2010; ARAÚJO; LEITÃO, 2005; ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2017; ASSIS; JESUS, 2012).

Nascimento e demais autores (2020), em um estudo de caso múltiplo realizado no Oeste de Minas Gerais, em duas microrregiões sanitárias, concluiu que a APS ainda enfrenta dificuldades para efetivamente ser uma porta preferencial de

* <https://www.doi.org/10.51795/978652650579387100>

entrada nas realidades estudadas. Tal experiência, coincide com os estudos de Spedo, Pinto e Tanaka (2010) que concluíram que a gestão do SUS no município de São Paulo teve pouco progresso em relação à redução do “gargalo” da média complexidade e à incorporação da universalidade e integralidade da atenção à saúde.

Neste interim, muitos usuários enfrentam obstáculos para acessar a APS. Entre as principais barreiras, estão a falta de infraestrutura adequada, a escassez de profissionais de saúde, a falta de medicamentos e equipamentos, a distância dos centros de saúde e a falta de informação sobre serviços de saúde disponíveis. Esses obstáculos afetam particularmente as populações vulneráveis, como os moradores de áreas rurais, as comunidades indígenas, os migrantes e refugiados e as pessoas em situação de pobreza. Conforme corroboram Travassos e Castro (2012), as desigualdades sociais em relação às condições de saúde, ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, refletem oportunidades desiguais em função da posição social do indivíduo, o que caracteriza situações de injustiça social, também conhecidas como iniquidades.

Sendo assim, o uso de tecnologias e inovações pode ser uma solução para melhorar o acesso à APS e garantir que todos tenham acesso aos cuidados necessários. Com a pandemia de COVID-19, a necessidade de atendimento remoto tornou-se ainda mais evidente, e muitas soluções tecnológicas surgiram para atender a essa demanda.

As tecnologias, segundo Emerson Merhy (1997), são abordagens que visam transformar as práticas em saúde, aprimorando a efetividade dos serviços prestados aos pacientes. Este célebre autor, propõe uma mudança de paradigma, em que o foco deixa de ser a doença e passa a ser o cuidado. Suas abordagens buscam uma maior aproximação entre usuários e profissionais de saúde, tendo em vista a humanização dos serviços e a promoção da saúde de forma integral.

Emerson Merhy (1997), propõe uma classificação das tecnologias em saúde em três tipos: tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são tecnologias que envolvem

mudanças nas relações entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, sem a necessidade de investimentos significativos em equipamentos ou recursos financeiros. Essas tecnologias incluem, por exemplo, a escuta ativa, o acolhimento e o diálogo aberto com o paciente.

As tecnologias leve-duras são tecnologias que combinam mudanças nas relações entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços com a utilização de recursos tecnológicos mais simples, como por exemplo, o uso de prontuários eletrônicos, telemedicina e aplicativos para smartphones. E as tecnologias duras, são tecnologias que envolvem investimentos significativos em equipamentos, recursos financeiros e tecnologia de ponta. Essas tecnologias incluem, por exemplo, a robótica, a inteligência artificial e a telecirurgia.

De acordo com Merhy (1997), todas as tecnologias são importantes e devem ser utilizadas de acordo com as necessidades de cada caso. No entanto, ele destaca a importância de investir em tecnologias leves e leve-duras, que envolvem uma mudança de paradigma nas relações entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, visando uma atenção mais humanizada e integral à saúde.

Sem dúvidas, uma das soluções para enfrentar as barreiras que o usuário encontra em acessar a APS, pode ser o uso de tecnologias e inovações. A telemedicina, por exemplo, permite a comunicação remota entre profissionais de saúde e usuários, facilitando o acesso aos cuidados de saúde para pessoas que vivem em áreas remotas ou que têm dificuldades de locomoção (AGOSTINHO et al., 2008). Além disso, é importante que haja uma ampla rede de profissionais de saúde, capazes de atender às demandas da população (ARAÚJO et al., 2018). A formação e capacitação desses profissionais são fundamentais para garantir um atendimento de qualidade (PEDUZZI, 2007). Além disso, o uso dessas tecnologias pode contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento, redução de custos e aumento da eficiência do sistema de saúde (PINOCHET; LOPES; SILVA, 2007).

De certo, é fundamental que os profissionais de saúde e gestores públicos estejam atualizados sobre as possibilidades oferecidas pelas tecnologias e inovações para garantir que todos tenham acesso à APS. Nesta perspectiva, questiona-se: Como as tecnologias e inovações podem contribuir para melhorar o acesso à APS? O objetivo deste capítulo é, portanto, contribuir para a compreensão das possibilidades oferecidas pelas tecnologias e inovações no contexto da APS, a fim de promover a melhoria do acesso aos cuidados de saúde. Além disso, busca-se apresentar experiências que demonstraram a aplicação prática dessas tecnologias e inovações, bem como discutir as implicações para a prática clínica e para a política pública.

DESENVOLVIMENTO

Nos últimos anos, diversas inovações têm surgido com o objetivo de tornar o cuidado em saúde mais acessível e eficiente para a população. No entanto, é necessário ampliar a discussão sobre a inclusão digital da população brasileira (MARTINI, 2005). Com o avanço da tecnologia e a dependência cada vez maior de dispositivos eletrônicos, é fundamental que todos tenham acesso à internet e saibam como utilizá-la de maneira eficiente (NASCIMENTO; SENA; BASTOS, 2023).

Infelizmente, ainda existem muitas pessoas que não possuem acesso à internet em suas casas ou mesmo em locais públicos. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua de 2021, cerca de 28 milhões de pessoas no Brasil não possuem acesso à internet, o que representa aproximadamente 13,5% da população brasileira. No entanto, vale ressaltar que a porcentagem pode variar dependendo da região e das condições socioeconômicas das famílias. Isso significa, que essas pessoas estão perdendo a oportunidade de se conectar com o mundo e ter acesso a informações importantes que podem melhorar suas vidas e a sua saúde.

Uma das tecnologias que mais têm sido utilizadas na APS: é a telemedicina. Por meio dela, é possível realizar consultas à distância, o que reduz a necessidade de deslocamento até um serviço de saúde (CELUPPI *et al.*, 2021). A telemedicina também tem se mostrado eficaz para acompanhamento de pacientes crônicos e para triagem de casos que necessitam de atendimento presencial (SANTOS *et al.*, 2021). Isso pode incluir consultas virtuais, monitoramento de saúde em tempo real e exames diagnósticos realizados por meio de dispositivos conectados à internet.

Além disso, a Inteligência Artificial (IA) pode ser usada para melhorar o atendimento em várias formas (DUARTE *et al.*, 2023). No entanto, é preciso bastante cautela com estes recursos dada às limitações que estes possam apresentar pois a IA pode ter dificuldades em interpretar informações subjetivas e cometer erros. Contudo, saber quem é responsável pelos resultados imprecisos ou prejudiciais gerados pela tecnologia ainda é uma questão em aberto (CARRASCO, 2023).

Outras tecnologias e inovações também estão emergindo para melhorar a APS, por exemplo, plataformas de saúde digital, que permitem aos usuários gerenciar sua saúde por meio de aplicativos móveis ou websites, facilitando o acesso a informações e serviços de saúde (PINOCHET, 2011). Neste sentido, o uso de tecnologias e inovações na APS tem trazido diversos benefícios para os pacientes e para os profissionais da área. Um dos principais benefícios é a melhoria do acesso à saúde, uma vez que as tecnologias possibilitam o atendimento remoto e o agendamento de consultas de forma mais fácil e rápida.

Além disso, o uso de tecnologias tem contribuído para a redução de custos em saúde (ASSIS; JESUS, 2012). É possível realizar consultas e exames à distância, evitando gastos com transporte e infraestrutura (LOURENÇÃO; FERREIRA JUNIOR, 2016). Além disso, a tecnologia pode ser utilizada para monitorar os usuários em tempo real, evitando internações desnecessárias e reduzindo os custos hospitalares (ROCHA *et al.*, 2017). Neste contexto, o monitoramento remoto de usuários com diabetes ou

hipertensão pode reduzir a necessidade de visitas presenciais e permitir que as intervenções sejam realizadas de forma mais rápida e eficiente (SILVA *et al.*, 2021).

Outro benefício importante, trata-se do uso de sistemas de informação e prontuários eletrônicos, onde os profissionais de saúde podem acessar rapidamente informações sobre o histórico médico dos usuários, ajudando a identificar problemas de saúde e prescrever tratamentos mais adequados (SORANZ; PINTO; CAMACHO, 2017).

Algumas iniciativas bem-sucedidas tiveram bons resultados alcançados e lições aprendidas do uso de tecnologias e inovações para melhorar o acesso à APS. A exemplo, o projeto de telemedicina na Amazônia brasileira foi criado para levar atendimento a comunidades remotas da região (MACHADO *et al.*, 2010).

De acordo com estes autores, o projeto resultou em acesso direto e simultâneo a centros avançados de saúde, aprimoramento da orientação de suporte à vida diante de situações de risco, melhoria na resolução do atendimento primário e secundário, acompanhamento por especialistas, uma vez que o atendimento secundário é limitado à zona urbana, prevenção em saúde por meio da teleducação e educação continuada. As principais lições aprendidas com este projeto, incluem a necessidade de parcerias estratégicas com as comunidades locais, bem como a importância de investir em treinamento e capacitação de profissionais de saúde para trabalhar com a telemedicina.

Do mesmo modo, o “Programa Telessaúde Amazonas” (SACHETT; GONÇALVES; SANTOS, 2022) inclui serviços como teleconsultoria, telemonitoramento e teleducação, permitindo que médicos possam obter opiniões especializadas e compartilhar informações com outros profissionais de saúde sem a necessidade de deslocamento. Nesta mesma perspectiva, o “Programa Telessaúde Brasil”, coordenado pelo Ministério da Saúde, oferece suporte para a atenção primária à saúde por meio da telemedicina que inclui serviços como teleconsultoria, telemonitoramento e

teleducação (HADDAD, 2012). Como resultado, houve uma redução no número de encaminhamentos desnecessários para especialistas e um aumento no acesso à atenção primária à saúde em áreas remotas.

Outro projeto que pode ser destacado é o “Projeto Saúde Digital” que é uma iniciativa do Ministério da Saúde que busca integrar tecnologia e inovação ao sistema de saúde do Brasil (MOURA JUNIOR, 2021). O objetivo é melhorar a eficiência e a qualidade do atendimento, além de ampliar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. Entre as ações do projeto, destaca-se a criação da plataforma “Conecte SUS”, que permite o acesso a informações de saúde, como histórico de consultas e exames, resultados de exames laboratoriais, prescrições médicas, entre outros. O “Conecte SUS” também oferece serviços como agendamento de consultas e emissão de certificados de vacinação (COUTINHO; NEVES; LOPES, 2022). Outra iniciativa importante do Projeto Saúde Digital é o Prontuário Eletrônico do Cidadão (VIOLA *et al.*, 2021), que permite acesso ao histórico dos usuários de forma integrada e segura.

Outra iniciativa importante do projeto é a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), que tem como objetivo, melhorar a gestão de medicamentos no país (COSTA; NASCIMENTO JUNIOR, 2012). O sistema permite o controle do estoque de medicamentos, o gerenciamento de pedidos e a rastreabilidade dos produtos desde a sua fabricação até a entrega ao usuário.

O “Projeto Mais Médicos” criado em 2013 e também coordenado pelo Ministério da Saúde, teve como objetivo aumentar a oferta de médicos em áreas carentes do país (GIRARD *et al.*, 2016). O projeto inclui o uso de tecnologias para o monitoramento da saúde e a comunicação entre os profissionais de saúde. O programa foi criado como uma resposta a um problema histórico do país, que é a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. O Mais Médicos contratou médicos brasileiros e estrangeiros para atuar nas unidades de saúde de municípios do

interior e periferias de grandes cidades. Com isso, o programa conseguiu levar atendimento médico a milhões de brasileiros que antes não tinham acesso a serviços de saúde básicos.

Além disso, o programa teve um importante papel na formação médica, oferecendo aos estudantes de medicina uma oportunidade de aprendizado e vivência da realidade do sistema de saúde brasileiro. Isso foi possível porque o Mais Médicos conta com supervisão de preceptores, que acompanhavam o trabalho dos médicos participantes do programa (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Outro ponto importante do Mais Médicos foi a priorização do atendimento de grupos vulneráveis, como populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

O Governo Federal retomou o programa Mais Médicos para o Brasil, anunciando a abertura de 15 mil novas vagas até o final de 2023 e ampliou os benefícios aos médicos. Espera-se que 28 mil profissionais estejam trabalhando em todo o país, com foco nas áreas de extrema pobreza (BRASIL, 2023).

Esses exemplos mostram como o uso de tecnologias e inovações pode ser uma ferramenta importante para melhorar o acesso à APS no Brasil. No entanto, é importante lembrar, que a implementação dessas soluções deve ser cuidadosa e estratégica, levando em consideração as necessidades específicas de cada região e a capacitação adequada dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de tecnologias e inovações pode melhorar significativamente o acesso à APS, superando as barreiras geográficas e financeiras que muitas pessoas enfrentam. Além disso, o uso dessas tecnologias pode levar a uma melhoria na qualidade do atendimento, uma redução de custos e um aumento na eficiência do sistema de saúde, tornando possível oferecer cuidados de saúde básicos e essenciais para uma parcela maior da população.

No entanto, a implementação dessas tecnologias também enfrenta desafios e limitações, incluindo a necessidade de infraestrutura adequada, a capacitação dos profissionais de saúde e a regulamentação governamental. Contudo, é importante lembrar que as tecnologias e inovações não devem substituir completamente o atendimento presencial e a relação profissional-usuário. O uso dessas ferramentas deve ser complementar ao cuidado tradicional, a fim de melhorar o acesso e a qualidade da APS, desde que seja implementado de forma cuidadosa e estratégica para complementar o cuidado presencial tradicional.

Por fim, é importante destacar, que essas tecnologias não substituem o papel dos profissionais de saúde na APS. Por isso, é fundamental que estes profissionais estejam bem informados e capacitados para utilizar essas tecnologias de forma adequada e segura, garantindo que elas sejam incorporadas de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos pacientes.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, Milena Rodrigues et al. Apresentação do projeto de telemática e telemedicina em apoio à atenção primária à saúde no Brasil: núcleo Rio Grande do Sul (telessaúde) _RS. **Revista HCPA. Porto Alegre**, 2008.

ALVES, Mônica Oliveira; MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz; COELHO, Bertha Andrade. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 141-154, 2017.

ARAÚJO, Pricila Oliveira et al. A oferta por cotas para exames e consultas especializadas atende às demandas das unidades de saúde da família?. **Revista de APS**, v. 21, n. 3, 2018.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; LEITÃO, Glória da Conceição Mesquita. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente

transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 396-403, 2005.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal anuncia novo Mais Médicos [online]**. Brasília, DF, 2023.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2655-2663, 2016.

CARRASCO, Juan Pablo et al. ¿ Es capaz “ChatGPT” de aprobar el examen MIR de 2022? Implicaciones de la inteligencia artificial en la educación médica en España. **Revista Española de Educación Médica**, v. 4, n. 1, 2023.

CELUPPI, Ianka Cristina et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

COUTINHO, Luís Rafaeli; NEVES, Henrique Pereira Oliveira d’Eça; LOPES, Lecian Cardoso. Abordagens sobre computação na nuvem: uma breve revisão sobre segurança e privacidade aplicada a e-saúde no contexto do Programa Conecte SUS e Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 35152-35170, 2021.

COSTA, Karen Sarmiento; NASCIMENTO JUNIOR, José Miguel do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 91-99, 2012.

DUARTE, Evelise Scaraboto et al. Aspectos bioéticos da utilização de sistemas de inteligência artificial no campo da saúde: um estudo exploratório. **Revista de Bioética y Derecho**, p. 263-285, 2023.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 2675-2684, 2016.

HADDAD, Ana Estela. **Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil**. Mathias I, Monteiro A. Gold Book [online]: inovação tecnológica em educação e saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios contínua –PNAD**. 2021.

LOURENÇÃO, Luciano Garcia; FERREIRA JUNIOR, Cleber de Jesus. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 1, p. 44-53, 2016.

MACHADO, Felipe Salles Neves et al. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 247-254, 2010.

MARTINI, Renato. Inclusão digital & inclusão social. **Inclusão social**, v. 1, n. 1, 2005.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. P. 197-228, 1997.

MOURA JÚNIOR, Lincoln de Assis. A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. **Journal of Health Informatics**, v. 13, n. 1, 2021.

NASCIMENTO, Marcelo Cipriano do; SENA, Michel Canuto de; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. O dilema da

educação: como realizar a inclusão sem recursos?. **Educação, tecnologia e inclusão**, p. 48, 2023.

NASCIMENTO, Leila Cristine do et al. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 623-634, 2015.

PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho**. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elisabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ CEPESC/Abrasco; 2007.

PINOCHET, Luis Hernan Contreras; LOPES, Aline de Souza; SILVA, Jheniffer Sanches. Inovações e tendências aplicadas nas tecnologias de informação e comunicação na gestão da saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 2, p. 11-29, 2014.

PINOCHET, Luis Hernan Contreras. Tendências de tecnologia de informação na gestão da saúde. **O mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 382-394, 2011.

ROCHA, Fernanda Suzart da et al. Uso de Apps para a promoção dos cuidados à saúde. **Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde**, 2017.

SACHETT, Jacqueline de Almeida Gonçalves; GONÇALVES, Isabela Cristina de Miranda; SANTOS, Waldeyde Oderilda Magalhães dos. Relato de experiência das contribuições da telessaúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas na pandemia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

SANTOS, Aila Pinheiro dos, et al. Telesaúde e telemedicina em Diabetes mellitus: análise bibliométrica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e82101320889-e82101320889, 2021.

SCHWARTZ, Talita Dourado et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2145-2154, 2010.

SILVA, Kamila Miranda da et al. Ações interprofissionais junto à usuários diabéticos e hipertensos durante a pandemia do coronavírus: um relato de caso. **Saúde. Com-Ciência ISSN: 2594-5890**, n. 1, p. 185-195, 2021.

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 819-830, 2017.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. **Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde**. Capítulo 6. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

VIOLA, Carolina Grigolato et al. Instrumento para avaliar o uso do prontuário eletrônico do cidadão da estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde. **Avances en Enfermería**, v. 39, n. 2, p. 157-166, 2021.

- ¹ Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>
- ² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>
- ³ Mestranda pelo programa de pós- graduação em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no SUS. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP, <http://lattes.cnpq.br/8476135357717457>
- ⁴ Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor Adjunto do Dep. Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Coordenador do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem – UESC, <http://lattes.cnpq.br/6161779442778632>
- ⁵ Doutora em Ciências (UNIFESP). Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Coordenadora do Laboratório de Infectologia do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Metodologias na Enfermagem (NEPEMENF) da UESC. Coordenadora do NEENF – Linha Informação e Comunicação na Enfermagem da UESC. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional da UESC, <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>
- ⁶ Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP/USP, Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva e da Família pela UNICAMP, <http://lattes.cnpq.br/8610599944252394>
- ⁷ Especialista em Educação Infantil (UESC), Graduada em Pedagogia (UESC)
Coordenadora Pedagógica da Rede Municipal de Educação em Coaraci, Coordenadora Pedagógica da Rede Estadual de Educação da Bahia, em Coaraci, <http://lattes.cnpq.br/8638326019962324>
- ⁸ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>
- ⁹ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>
- ¹⁰ Enfermeira pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba.MG, Doutoranda em Atenção a Saúde – UFTM, Enfermeira da Prefeitura Municipal de Uberaba, <http://lattes.cnpq.br/5174835399207704>

CAPÍTULO 7

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PAPEL DO ACESSO NO CUIDADO INTEGRADO E COORDENADO*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fraccolli²

João Luis Almeida da Silva³

Alfredo Almeida Pina-Oliveira⁴

Vanessa Franchin Galhardo⁵

Fátima Madalena de Campos Lico⁶

Prudence Secchin de Souza Vaz Sampaio Ribeiro⁷

Roberta Lopes de Abreu⁸

Júlio Cesar Novais Silva⁹

João Felipe Tinto Silva¹⁰

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela organização e coordenação do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e o atributo do primeiro contato é fundamental para garantir o acesso (STARFIELD, 2002). A alta capacidade de resolução dos problemas na APS ressalta a necessidade de mecanismos de acesso ágeis e eficazes (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

O acesso deve ser universal para toda a população adscrita, independentemente do grau de necessidade, uma vez que, os usuários podem não ter consciência da natureza ou urgência de seus problemas (MENDES, 2019). O acesso à APS é uma pré-condição para um acesso qualificado aos demais pontos de atenção

* <https://www.doi.org/10.51795/9786526505793101111>

à saúde, como a atenção ambulatorial especializada e hospitalar (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

No entanto, para garantir o acesso adequado aos serviços de saúde, é necessário que a APS esteja integrada a outras redes de atenção à saúde, como a de urgência e emergência, a de atenção hospitalar e a de saúde mental. Essa integração, se dá por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que buscam articular os serviços de saúde em uma lógica de cuidado integrado e coordenado, com foco na atenção às necessidades do usuário e na efetividade do cuidado (MENDES, 2011). Nesse contexto, o acesso à saúde na APS desempenha um papel crucial na garantia do cuidado integrado e coordenado, permitindo que o usuário tenha acesso aos serviços e programas de saúde de forma oportuna e adequada, de acordo com suas necessidades e preferências.

O acesso é um dos pilares fundamentais da APS e das RAS. Garantir o acesso às ações e serviços de saúde é uma responsabilidade do Estado e um direito do cidadão. No entanto, nem sempre é fácil garantir o acesso de forma equânime e efetiva. Para aprimorar o acesso, é necessário adotar estratégias que considerem as particularidades locais e regionais, bem como as necessidades das pessoas e comunidades.

A RAS é um modelo de organização do sistema de saúde que visa a integração dos serviços, a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a garantia de acesso à saúde de qualidade para toda a população (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). A RAS busca a coordenação do cuidado, a humanização do atendimento, a promoção da saúde e a prevenção de agravos (ARRUDA *et al.*, 2015).

A implementação das RAS envolve a reorganização do sistema de saúde, a capacitação dos profissionais e a articulação entre as diferentes esferas de gestão, além da adoção de ferramentas de monitoramento e avaliação (TOFANI *et al.*, 2021). Elas são consideradas uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para o enfrentamento dos desafios do sistema de saúde contemporâneo.

No entanto, conforme alerta Mendes (2011), a comunicação entre a APS e os níveis de atenção secundária e terciária ainda é deficiente. Tal prerrogativa, pode ser justificada pela ausência de prontuários eletrônicos que permitam a criação colaborativa de planos de cuidados individualizados para os usuários com condições crônicas. Além disso, não há o envio de lembretes e feedbacks para a equipe de saúde e os próprios usuários.

O problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos. Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas Redes de Atenção à Saúde (MENDES, p. 60, 2011).

Nesta perspectiva, este capítulo tem como objetivo discutir o papel do acesso na APS no contexto das RAS, apresentando experiências bem-sucedidas e desafios a serem enfrentados na busca por um cuidado mais integrado, coordenado e centrado no usuário.

DESENVOLVIMENTO

O Ministério da Saúde (2010) apresenta os atributos que as RAS devem possuir. Esses atributos são:

- População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências, determinando a oferta de serviços de saúde;
- Extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, integrando programas focados em doenças, riscos e populações específicas, serviços de saúde individuais e coletivos;

- APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde;

- Prestação de serviços especializados em lugar adequado;

- Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;

- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais, de gênero e a diversidade da população;

- Sistema de governança único para toda a rede, com o propósito de criar missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde, definindo objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo, além de articular as políticas institucionais;

- Desenvolvimento da capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;

- Participação social ampla;

- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;

- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;

- Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;

- Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;

- Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;

- Gestão baseada em resultados.

Com base nesses atributos, define-se a RAS como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas

técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MENDES, 2011).

Para que a organização das RAS seja efetiva, eficiente e com qualidade, é necessário 105usca105pio-la com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários e níveis de atenção.

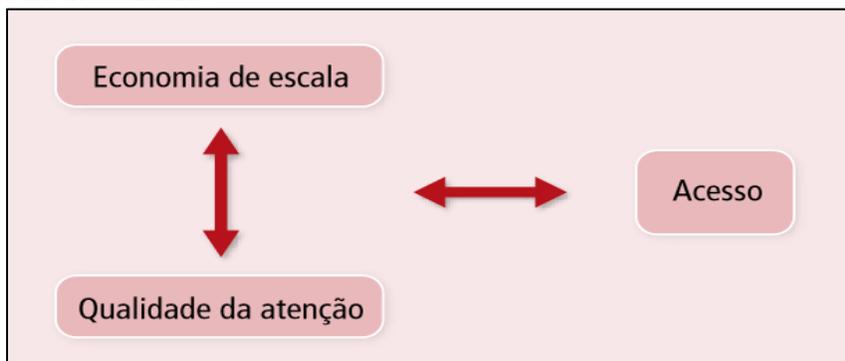
De acordo com Mendes (2011), a economia de escala é um dos fundamentos para a organização efetiva, eficiente e com qualidade das RAS. Na prática, isso significa que quanto maior a escala de produção e prestação de serviços de saúde, menores serão os custos unitários e maiores serão as possibilidades de oferta de serviços e recursos à população.

De acordo com este autor, a economia de escala nas RAS pode ser alcançada por meio da integração de serviços e processos, a fim de reduzir custos e aumentar a eficiência no uso de recursos. Isso pode envolver, por exemplo, a consolidação de unidades de saúde em uma mesma região, a implantação de sistemas integrados de gestão e a centralização de compras e contratações.

Além disso, a economia de escala também pode permitir a ampliação do acesso a serviços de saúde, principalmente em regiões com menor oferta de recursos. Lavras (2011), reitera que por meio da consolidação de serviços e recursos, é possível ampliar a oferta de serviços de saúde em locais onde não seria viável manter uma unidade de saúde isolada.

Mendes (2011), ainda ressalta que as RAS devem incluir o acesso como um ponto central. Dessa forma, o desenho das redes deve combinar a economia de escala e a qualidade dos serviços com o acesso aos serviços de saúde conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários



FONTE: Mendes (2011).

Vale destacar, no entanto, que a economia de escala não pode ser vista como uma solução única para os problemas da saúde pública. É necessário considerar a qualidade dos serviços prestados e a efetividade das ações em saúde, além de garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

A disponibilidade de recursos, incluindo recursos humanos, materiais e financeiros, é essencial para oferecer serviços de qualidade. A qualidade, por sua vez, envolve a adoção de práticas baseadas em evidências, a gestão adequada dos processos de trabalho e a atenção centrada no paciente. Além disso, o acesso aos serviços de saúde deve ser universal, equânime e oportuno, garantindo que todas as pessoas tenham acesso aos serviços necessários. É importante que esses três aspectos estejam integrados e trabalhem de forma complementar para alcançar uma rede de atenção à saúde eficiente e efetiva.

A integração horizontal e vertical é fundamental nas RAS para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado (MENDES, 2011; MENDES, 2014). A integração horizontal ocorre entre os diferentes pontos de atenção dentro de um mesmo nível, como a integração entre unidades básicas de saúde, por exemplo. Já a integração vertical, se dá entre diferentes níveis de atenção, como a atenção primária, secundária e terciária.

Conforme destacam Almeida e estudiosos (2018), para que a integração ocorra de forma efetiva, é preciso que haja uma comunicação fluída entre os diferentes pontos de atenção e que sejam estabelecidos protocolos e diretrizes clínicas compartilhadas. Além disso, é fundamental que sejam criados mecanismos de referência e contrarreferência para que os usuários possam ser encaminhados e acompanhados nos diferentes níveis de atenção.

A integração horizontal e vertical também pode ser fortalecida por meio do trabalho em equipe multiprofissional e da utilização de prontuários eletrônicos compartilhados, que permitem uma visão mais ampla do histórico de saúde do paciente e uma maior coordenação do cuidado (MENDES, 2011).

Os processos de substituição são fundamentais nas RAS para garantir a efetividade do cuidado. De acordo com Mendes (2011), esses processos são fundamentais para atingir o objetivo das RAS de fornecer atendimento adequado, no local adequado, com o custo adequado e no tempo adequado. Consistem na substituição de práticas e tecnologias obsoletas ou ineficientes por outras mais eficazes e eficientes, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e otimizar a utilização dos recursos disponíveis. Um exemplo, é possível substituir a consulta presencial por teleconsultas ou consultas por telefone para casos de menor complexidade, reduzindo o tempo de espera e evitando deslocamentos desnecessários (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Além disso, os processos de substituição também podem estar relacionados à gestão de medicamentos e insumos (GAEDE *et al.*, 2020). A utilização de medicamentos genéricos ou similares, por exemplo, pode reduzir os custos com a aquisição desses produtos, sem comprometer a qualidade do tratamento.

Segundo Mendes (2011), as RAS podem estar, ou não, articuladas com territórios sanitários. Os territórios sanitários são áreas geográficas delimitadas que possuem uma população determinada e um conjunto de serviços de saúde que visam atender às necessidades dessa população. Esses territórios são

considerados fundamentais para o desenvolvimento das RAS, que buscam integrar e articular os diferentes níveis de atenção à saúde (DARSIE; SOUZA, 2022; MENDES, 2010).

A organização dos territórios sanitários e a articulação dos diferentes níveis de atenção à saúde nas RAS, são fundamentais para o funcionamento efetivo do sistema de saúde (MENDES, 2014). É por meio dessa organização que é possível garantir um atendimento de qualidade e integral às pessoas, desde a prevenção até o tratamento de doenças mais complexas. Além disso, a integração entre os diferentes níveis de atenção e a aproximação dos serviços de saúde da comunidade são essenciais para o fortalecimento da saúde como direito universal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso aos serviços de saúde é um dos pilares da APS, pois é por meio desse acesso que se estabelece uma relação de confiança entre a comunidade e os profissionais de saúde. O acesso também possibilita a prevenção e promoção da saúde, bem como o diagnóstico precoce e tratamento das doenças mais comuns.

No entanto, o acesso não se limita apenas à oferta de serviços, mas também à sua adequação às necessidades da população e a maneira como a população circula através das redes. Isso implica, em considerar as particularidades de cada território e a diversidade cultural, social e econômica das pessoas. É necessário, portanto, desenvolver estratégias que garantam o acesso equânime e respeitem a autonomia dos usuários.

Ainda, é importante destacar, que a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, é fundamental para garantir um cuidado integrado e de qualidade. A articulação entre a atenção primária, secundária e terciária, bem como com outros serviços da rede de proteção social, possibilita uma abordagem mais ampla e efetiva no cuidado à saúde. A coordenação também favorece o uso racional dos recursos disponíveis e a redução da fragmentação e duplicidade de ações.

Em suma, as RAS na APS são um importante mecanismo para garantir um cuidado integral e coordenado à população. O acesso adequado aos serviços de saúde e a coordenação entre os diferentes níveis de atenção, são elementos fundamentais para o fortalecimento do sistema de saúde e o avanço em direção à universalização do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.

ARRUDA, Cecilia et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 169-173, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88-90.

DARSIE, Camilo; SOUZA, Matheus Santos de. Geografia da saúde e educação: análise interdisciplinar da organização dos territórios sanitários promovidos pelo SUS. **Contrapontos**, v. 22, n. 2, p. 108-125, 2022.

GAEDE, Rodolfo Preisigke Seidler et al. Caracterização do acesso a medicamentos em um município de médio porte no leste do estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de APS**, v. 23, n. 1, 2020.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, 2010.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

MALDONADO, Jose Manuel Santos de Varge; MARQUES, Alexandre Barbosa; CRUZ, Antonio. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 32, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. P. 869, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Saúde debate**, v. 52, p. 38-49, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 549 p., 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias. **Agendamento na Atenção Primária à Saúde: o caminho para a universalidade** – Capítulo 2. In: OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias (Org). Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização. – 1.ed., Curitiba – PR, Editora Bagai, 2023.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al. Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769-4782, 2021.

¹Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde

Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

- ³Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor Adjunto do Dep. Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Coordenador do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem – UESC, <http://lattes.cnpq.br/6161779442778632>
- ⁴Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP-SP). Professor Doutor do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS) da EEUSP-SP, <http://lattes.cnpq.br/5159190517984235>.
- ⁵Mestra em Gestão e Saúde Coletiva, em 2023 na Universidade Estadual de Campinas – FOP UNICAMP. Piracicaba/SP. Especialista em Saúde Coletiva e da Família na Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba/SP. Odontóloga pelo Centro Universitário Hermínio Ometto. Atualmente está como Secretária Municipal de Saúde do 111usca111pio de Corumbataí, <http://lattes.cnpq.br/3323935086932817>
- ⁶ Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Pós-doutoranda junto ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE – USP). Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis-CEPEDOC- Cidade Saudáveis – Centro Colaborador da OMS/OPAS. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, <http://lattes.cnpq.br/0933667174652627>
- ⁷ Mestranda em Ciências e Tecnologias Ambientais (PPGCTA/IFBA/UFSB) pela Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, <http://lattes.cnpq.br/5120742953506052>
- ⁸ Mestranda em Profissional de Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Apoiadora Institucional dos Programas da Atenção Primária em Itabuna-BA e enfermeira obstetra no Hospital Manoel Novaes, <http://lattes.cnpq.br/3743178844701519>
- ⁹ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>
- ¹⁰ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, <http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

CAPÍTULO 8

ACESSO E USO EQUITATIVO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM DESAFIO PARA A PROMOÇÃO DA UNIVERSALIZAÇÃO EM SAÚDE*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fracolli²

Silas Santos de Araújo³

Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek⁴

Gisleide Lima Silva⁵

Fátima Madalena de Campos Lico⁶

Leticia Aparecida da Silva⁷

Laiza Gallo Farias⁸

Júlio Cesar Novais Silva⁹

Jose Antônio Loyola Fogueira¹⁰

INTRODUÇÃO

O acesso e uso equitativo dos serviços de saúde é um desafio crucial para a promoção da universalização em saúde. A garantia do direito à saúde como um bem público implica em proporcionar a todos os usuários igualdade de oportunidades em relação ao acesso e uso dos serviços de saúde, independentemente de sua posição social, gênero, raça, idade ou condição econômica (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Conforme Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), o conceito de acesso equitativo implica em garantir que todos os indivíduos tenham as mesmas oportunidades para acessar os serviços de saúde necessários para manter sua saúde e bem-estar. Isso significa que o acesso aos serviços de saúde não deve ser determinado por

* <https://www.doi.org/10.51795/9786526505793113125>

fatores externos, como a renda, a localização geográfica ou a etnia. Ainda segundo estes autores, para alcançar o acesso equitativo, é preciso garantir que os serviços de saúde estejam disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de qualidade para todos.

No entanto, desigualdades socioeconômicas e regionais significativas ainda afetam o acesso e uso dos serviços de saúde (TEIXEIRA; SANTOS, 2023). Muitas vezes, as pessoas mais pobres, que vivem em regiões precárias, têm mais dificuldades para acessar serviços de saúde de qualidade, enquanto os mais ricos têm acesso facilitado a serviços de saúde privados. Estas autoras refletiram sobre estas questões a partir de tais colocações:

A questão das desigualdades sociais permaneceu como um referente empírico fundamental para a elaboração e implementação de políticas públicas, tanto políticas mais amplas de “combate à pobreza”, que impactaram as condições de vida e saúde da população, quanto políticas elaboradas e implementadas no âmbito do SUS, ou seja, políticas e estratégias voltadas para garantir a universalidade do acesso a ações e serviços de saúde, e políticas específicas voltadas à promoção da equidade em saúde, na medida em que tomam como população-alvo, grupos portadores de necessidades especiais e/ou grupos vulnerabilizados em função de suas condições de vida, trabalho, educação, habitação etc. (TEIXEIRA; SANTOS, p. 51, 2023).

Além disso, existem outras barreiras para o acesso e uso equitativo dos serviços de saúde, tais como discriminação (CHAGAS *et al.*, 2020), estigma (OLIVEIRA; RONZANI, 2012) e falta de informações adequadas sobre os serviços de saúde disponíveis (CRUZ; SAMPAIO, 2016). Oliveira et al. (2023), alertam que o acesso à saúde também é afetado pela desigualdade socioeconômica, uma vez que, as pessoas economicamente mais vulneráveis ou que vivem em regiões remotas, têm menos oportunidades ou precisam percorrer longas distâncias para acessar serviços de saúde de qualidade, especialmente no que diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS).

Portanto, para alcançar a universalização em saúde e promover a equidade, é fundamental que os governos invistam em políticas públicas que garantam o acesso e uso equitativo dos serviços de saúde para toda a população, independente da sua situação socioeconômica ou geográfica. Além disso, a implementação de políticas de redução de desigualdades sociais e econômicas, é essencial para garantir a equidade no acesso e uso dos serviços de saúde.

Existem várias razões para essas desigualdades. Uma delas é a falta de investimento em saúde. Em muitos países, o financiamento da saúde é insuficiente para garantir serviços de qualidade para todos (GIOVANELLA *et al.*, 2018). É o caso do Brasil, conforme alertam Oliveira e colaboradores (2023), no qual a distribuição de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) é desigual, com os recursos sendo concentrados em áreas urbanas, em detrimento das áreas rurais.

Outro fator que contribui para a desigualdade no acesso e uso dos serviços de saúde é a discriminação. Grupos marginalizados, como as minorias étnicas, as pessoas em especificidades de gênero (conhecidas pela sigla LGBT) e as pessoas com deficiência, muitas vezes enfrentam discriminação quando buscam atendimento de saúde (DANTAS, 2019; OLIVEIRA, MAGALHÃES, 2022). Essa discriminação pode levar a um acesso inadequado aos serviços de saúde e a um tratamento desigual.

Neste sentido, para garantir a universalização da saúde e a equidade no acesso e uso dos serviços de saúde, é necessário um compromisso forte dos governos em investir em saúde e garantir a distribuição equitativa de recursos para a saúde (COELHO *et al.*, 2022). Além disso, é necessário combater a discriminação em todas as suas formas, garantindo que todas as pessoas tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente de sua identidade, condição social ou econômica. Oliveira e Magalhães (2022), advertem aos profissionais de saúde sobre a importância de preencher corretamente informações sobre cor da pele nos serviços de saúde, que devem ser avaliadas somente por meio da

autodeclaração individual. Além disso, as autoras abordam a necessidade de se levar em consideração indicadores sociais como mortalidade, morbidade, acesso aos serviços, qualidade do atendimento, condições de vida e fatores ambientais, a partir dessas informações, com vistas a ofertar acesso à saúde.

Deste modo, alertam Travassos e Martins (2004), que a percepção da disponibilidade dos serviços de saúde pode influenciar a decisão dos usuários em buscar os serviços, sendo que essa percepção é afetada pela experiência prévia com esses serviços. Sendo assim, para alcançar a equidade em saúde, é necessário um esforço conjunto de todos os setores da sociedade, incluindo governos, organizações da sociedade civil, setor privado e comunidades locais. Do mesmo modo, não haverá a universalização da saúde enquanto não houver o enfrentamento das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Neste sentido, os autores deste capítulo, propõem refletir sobre como o SUS tem progredido em relação às dimensões interligadas de acesso e equidade, em uma perspectiva global. Simultaneamente, relata os avanços em ambos os aspectos e como esses avanços estão produzindo impactos mensuráveis em termos de saúde pública.

DESENVOLVIMENTO

Ao longo dos seus 35 anos, o SUS tem feito esforços para progredir em relação às dimensões interligadas de acesso e equidade para toda a população brasileira. Algumas medidas têm sido tomadas, como a ampliação da oferta de serviços de saúde em áreas carentes (LIMA *et al.*, 2015) e a implementação de programas de saúde específicos para grupos populacionais vulneráveis (MACHADO, 2022).

Destarte, algumas regiões do país, mesmo com baixo índice de renda e alta vulnerabilidade social, têm investido em saúde, o que pode ter resultado em uma maior oferta de serviços de saúde pelo SUS, como é o caso do Piauí, com 86,3% da população dependente

exclusivamente do sistema público de saúde, seguidos do Maranhão com cerca de 75% da população e do Ceará com aproximadamente 72% (BRASIL, 2023).

No entanto, ainda há desafios a serem enfrentados, como a redução das desigualdades regionais e sociais no acesso aos serviços de saúde e a melhoria na qualidade desses serviços (OLIVEIRA *et al.*, 2023). É importante destacar que o acesso e a equidade em saúde são direitos fundamentais e devem ser garantidos pelo SUS. Nesse sentido, é necessário continuar investindo em políticas públicas e estratégias que visem a promoção da equidade em saúde e o acesso equitativo aos serviços de saúde, garantindo assim um cuidado integral e efetivo para toda a população.

A expansão da cobertura pela APS tem aumentado, o que tem contribuído para uma maior cobertura e acesso aos serviços de saúde. De acordo com o Estudo Institucional nº 8 que abordou a estimativa de recursos necessários para expandir a Estratégia Saúde da Família (ESF), a taxa de cobertura de saúde no Brasil é de 89% (FARIA *et al.*, 2023). É importante destacar, que o fortalecimento da ESF, conseqüentemente da APS, é fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças, além de possibilitar a identificação precoce de problemas de saúde e encaminhamento adequado para outros serviços de saúde, quando necessário.

Ademais, avançar na melhoria da qualidade dos serviços na APS é imprescindível. Isso inclui a utilização de tecnologias atualizadas (CELLUPI *et al.*, 2021), a capacitação e valorização dos profissionais de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2021), a adequada gestão dos recursos (TASCA *et al.*, 2020) e a participação ativa da comunidade na definição das políticas e ações em saúde (ANDRÉ; SANTOS; CRUZ, 2022).

Sobre este último, é necessário cada vez mais atuação ativa da comunidade no controle social para a melhoria da qualidade da APS, pois permite que a população seja ouvida e tenha voz nas decisões que afetam diretamente sua saúde e bem-estar. Quando a comunidade é envolvida no processo de planejamento e implementação das políticas e ações de saúde, há uma maior

chance de que elas atendam às necessidades e demandas locais, além de promover a transparência e a prestação de contas dos serviços de saúde. Além disso, a participação da comunidade pode aumentar a efetividade das políticas e ações de saúde, pois a população é capaz de identificar problemas e desafios que os profissionais de saúde e os gestores podem não ter percebido.

Quando a qualidade dos serviços na APS é melhorada, isso pode levar a uma maior satisfação dos usuários, redução de custos e melhoria da saúde da população (MACINKO; MENDONÇA, 2018). É importante destacar, que a melhoria da qualidade dos serviços na APS não é um processo fácil ou rápido, mas sim um desafio contínuo que requer ações integradas e comprometimento de todos os atores envolvidos.

Sob o mesmo ponto de vista, é necessário o fortalecimento da ESF, uma vez que, esta é um dos principais pilares da APS no Brasil, e tem contribuído para uma maior proximidade entre os profissionais de saúde e a população, o que tem levado a uma maior resolutividade e efetividade dos cuidados de saúde (MATTOS *et al.*, 2022).

Existem diversas formas de fortalecer a ESF, como por exemplo, investir em capacitação para os profissionais de saúde, ampliar a cobertura de atendimento da estratégia, melhorar a infraestrutura das unidades de saúde, aumentar o financiamento para a saúde e incentivar a participação da comunidade nas decisões sobre a gestão da saúde (MATEUS; FONTINELES; PEQUENO, 2022). Estes últimos, defendem que o fortalecimento da ESF pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida da população, redução da mortalidade infantil e materna, controle de doenças crônicas, promoção de hábitos saudáveis e prevenção de doenças.

Da mesma forma, é alarmante a urgência na ampliação dos recursos. O subfinanciamento do SUS é um problema crônico que afeta a qualidade e a eficiência do sistema de saúde brasileiro (WERNECK, 2022). Isso ocorre, porque os recursos financeiros destinados à saúde pública, são insuficientes para atender às

demandas da população (SOARES *et al.*, 2023). Esta condição tem diversas consequências negativas conforme destacam Soares et al. (2023) como a falta de investimentos em infraestrutura e equipamentos, a escassez de medicamentos e insumos, a baixa remuneração dos profissionais de saúde, a demora no atendimento e a redução da qualidade dos serviços prestados. Além disso, o subfinanciamento contribui para a desigualdade no acesso à saúde, já que as regiões mais pobres e carentes são as mais afetadas.

Neste sentido, é necessário que o financiamento do SUS seja ampliado para garantir a oferta de serviços de qualidade para toda a população brasileira. Isso pode ser alcançado através do aumento do investimento público em saúde, da melhoria da gestão dos recursos financeiros e da busca por parcerias e recursos adicionais junto a organismos internacionais e setor privado. O fortalecimento do SUS é fundamental para o desenvolvimento do país e para garantir o direito à saúde como um bem universal.

Portanto, a promoção da equidade, vai além da redução das desigualdades sociais e econômicas que afetam a saúde da população. A equidade significa tratar as pessoas de forma justa, levando em consideração as diferenças individuais e as necessidades de cada um. Para promover a equidade na APS, é necessário que os serviços de saúde estejam disponíveis e acessíveis a todos. Além disso, é importante que os profissionais de saúde estejam capacitados para lidar com as diferenças culturais e sociais dos usuários, respeitando suas crenças e valores (OLIVEIRA *et al.*, 2023). A promoção da equidade também implica na participação da comunidade nas decisões sobre a gestão da saúde, dando voz às demandas e necessidades das populações mais vulneráveis. A equidade na APS é essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo e igualitário, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e redução das desigualdades sociais em saúde.

Os avanços na equidade e acesso aos serviços de saúde têm produzido impactos mensuráveis na saúde pública e tem levado a uma redução das desigualdades sociais nesta área, com impactos positivos na saúde da população mais vulnerável. Isso se traduz

em redução da mortalidade infantil e materna, controle de doenças crônicas, prevenção de doenças transmissíveis e promoção de hábitos saudáveis (FAUSTO *et al.*, 2018).

Além disso, investir na ESF é produzir prevenção. Isto, torna o tratamento precoce das doenças mais eficientes e menos custosos do que o tratamento de doenças avançadas. Isso possibilita a alocação de recursos para outras áreas prioritárias, como educação e segurança pública.

Os impactos mensuráveis na saúde pública também incluem a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e a satisfação dos usuários, que se sentem mais valorizados e respeitados como cidadãos. A promoção da equidade e acesso aos serviços de saúde é fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, contribuindo para a promoção da saúde e bem-estar de todos os indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção do acesso e uso equitativo dos serviços de saúde é um desafio fundamental para a promoção da universalização em saúde. A universalização significa garantir que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente da sua condição socioeconômica, gênero, etnia ou localização geográfica.

Para alcançar a universalização em saúde, é necessário garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde, o que implica na superação das barreiras de acesso e na redução das desigualdades sociais em saúde. Isso requer a implementação de políticas públicas que promovam a equidade na distribuição dos recursos de saúde, a ampliação da cobertura dos serviços de saúde e a promoção da participação da comunidade nas decisões sobre a gestão da saúde.

O acesso equitativo aos serviços de saúde é fundamental para a promoção da saúde e bem-estar da população, contribuindo para a redução da mortalidade, o controle de doenças crônicas e a prevenção de doenças transmissíveis. Além disso, a universalização em saúde é uma questão de justiça social,

garantindo que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde como um direito humano fundamental. Este é um objetivo a ser alcançado para a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e saudável.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Ayla Nóbrega; SANTOS, Brunna Patrício; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro. Potencialidades da participação social na atenção primária à saúde na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 22, n. 2, p. e0016-e0016, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Datasus – Indicadores operacionais do SUS**. 2023.

CELUPPI, Ianka Cristina et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2023-2034, 2021.

CHAGAS, Luciana et al. Aspectos relacionados à promoção da justiça social, a redução de iniquidades e o combate a todas as formas de discriminação nas estratégias de ampliação do acesso a serviços de saúde em áreas remotas e/ou de vulnerabilidade. **APS em revista**, v. 2, n. 3, p. 260-266, 2020.

COELHO, ANA et al. **Literacia em saúde**: capacitação equitativa para tomada de decisões promotoras de bem-estar e de saúde. In: Almeida CV, editor. Ensaio sobre o conceito de literacia em saúde. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde/Ponte Editora; p. 75-78, 2022.

CRUZ, Perola Liciane Baptista; SAMPAIO, Sueli Fátima. As práticas terapêuticas não convencionais nos serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 19, n. 3, 2016.

DANTAS, Marianny Nayara Paiva. **Iniquidades nos serviços de saúde brasileiros: uma análise do acesso e da discriminação racial a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013.** 2019. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

FARIA, Manuel et al. **Estimativa de Recursos Necessários para ampliação da Estratégia Saúde da Família.** Estudo Institucional nº 8 . 28 de novembro de 2022, atualizado em 12 de janeiro de 2023.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em debate**, v. 42, p. 12-14, 2018.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, 2018.

GONÇALVES, Caroline Reis et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 26-34, 2014.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al. 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: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 635-656, 2015.

MACHADO, Vanessa Cristina. Direitos humanos e políticas públicas de saúde para populações específicas. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação**, v. 3, n. 1, p. 47-71, 2022.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

MATEUS, Rebecca Palhano Almeida; FONTINELES, Carlos Felipe Fontelles; PEQUENO, Lucianna Leite. **Acesso e Resolutividade na Estratégia Saúde da Família: em pauta o Projeto QualificaAPSUS.** Editora Dialética, 2022.

MATTOS, Núbia et al. Estratégias para o fortalecimento da atenção primária à saúde no município de Cambé/PR. In: **15º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2022.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias. **Desigualdades no acesso à saúde: um olhar sobre a população negra na Atenção Primária à Saúde**. Capítulo 4. In: OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias (Org). **Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização**. – 1.ed., Curitiba – PR, Editora Bagai, 2023.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; MAGALHÃES, Milena. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, p. e0214, 2022.

OLIVEIRA, Marina Castro de; RONZANI, Telmo Mota. Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 648-661, 2012.

SOARES, Patrícia dos Santos Lopes et al. A PRECARIÉDADE DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, p. 17-61, 2023.

TASCA, Renato et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SANTOS, Jamilli Silva. Desigualdades sociais e políticas de saúde: conquistas, retrocessos e desafios. Capítulo 2. FARIA, Lina et al. **Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico**. Salvador: EDUFBA, p. 261, 2023.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. suppl 2, p. s217-s226, 2009.

WERNECK, Guilherme Loureiro. A pandemia de COVID-19: desafios na avaliação do impacto de problemas complexos e multidimensionais na saúde de populações. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. PT045322, 2022.

¹ Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

³ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>

⁴ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único em Saúde, <http://lattes.cnpq.br/3419379505411099>.

⁵ Doutoranda em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós graduação em Enfermagem e Saúde (UESB). Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea pela Universidade Católica do Salvador. Atualmente é Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), <https://lattes.cnpq.br/8678975490652156>

⁶ Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Pós-doutoranda junto ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE – USP). Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis-CEPEDOC- Cidade Saudáveis – Centro Colaborador da OMS/OPAS. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, <http://lattes.cnpq.br/0933667174652627>

- ⁷ Doutoranda em ciências da saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/2596662866634261>
- ⁸ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>
- ⁵ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>
- ⁶ Mestrando em Ensino e Relações Étnico-raciais pelo Programa de Mestrado Profissional em Ensino e Relações Étnico-raciais da Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, <http://lattes.cnpq.br/2121891343647450>

CAPÍTULO 9

ACESSO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM FOCO NA LONGITUDINALIDADE: ESTRATÉGIAS PARA FIDELIZAR USUÁRIOS AOS PROGRAMAS E SERVIÇOS*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Thamires Mendes Peres²

Lislaine Aparecida Fracolli³

Talitha Zileno Pereira⁴

INTRODUÇÃO

Como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável por fornecer cuidados básicos e essenciais para a população (STARFIELD, 2002). Nesse contexto, é fundamental garantir o acesso à saúde na APS com foco na longitudinalidade, ou seja, no acompanhamento contínuo do usuário ao longo do tempo (CUNHA; GIOVANELLA, 2012). Para isso, é necessário que as equipes de saúde adotem estratégias efetivas para fidelizar os usuários aos programas e serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A longitudinalidade é um dos pilares fundamentais da APS, que se refere ao acompanhamento contínuo e sistemático do usuário por um mesmo profissional ou equipe de saúde ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). É uma estratégia que visa estabelecer uma relação de confiança entre o usuário e a equipe de saúde, possibilitando um cuidado mais personalizado e efetivo (BARATIERI; MARCON, 2012). Através da longitudinalidade, é possível conhecer melhor o histórico de saúde do usuário, sua

* <https://www.doi.org/10.51795/97865265057931271138>

rotina, estilo de vida e condições sociais, permitindo um atendimento mais individualizado e direcionado às suas necessidades (BARATIERI et al., 2022). Além disso, conforme alerta Paula (2015), o acompanhamento contínuo do usuário possibilita a prevenção e o diagnóstico precoce de doenças, evitando complicações e tratamentos mais complexos.

Para que a longitudinalidade seja efetiva, é necessário que haja uma organização adequada dos serviços de saúde, com equipes de profissionais capacitados e em número suficiente para atender à demanda (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2012). Neste sentido, Araújo (2019) defende que a efetivação da longitudinalidade também requer um compromisso dos profissionais de saúde em manter uma relação de confiança e empatia com os usuários, valorizando sua autonomia e promovendo a participação ativa na tomada de decisões relacionadas à sua saúde.

Neste mesmo interim, a fidelização dos usuários é importante porque contribui para a construção de vínculos de confiança entre a equipe de saúde e a população, além de aumentar a adesão aos cuidados em saúde (FRANK et al., 2015; CARAM et al., 2021). Nesse sentido, é imprescindível que as equipes de saúde estejam atentas às necessidades e demandas dos usuários, promovendo um atendimento humanizado e de qualidade (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). Além disso, a utilização de tecnologias em saúde, como o prontuário eletrônico e o agendamento online, pode facilitar o acesso e a continuidade do cuidado na APS (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

Cunha e Giovanella (2011) defendem que a fidelização dos usuários é importante para a construção de vínculos de confiança e para o aumento da adesão aos cuidados em saúde na APS. Esta, se dá através de diversas práticas e estratégias, como o acolhimento humanizado, a escuta ativa, a comunicação clara e efetiva, a oferta de programas e serviços específicos e a disponibilidade de atendimento em horários e dias acessíveis aos usuários.

Nesta perspectiva, este capítulo buscou refletir a partir da seguinte questão: Quais as estratégias mais efetivas para fidelizar os usuários aos programas e serviços da APS? Admite-se que ao estabelecer vínculos mais fortes com os usuários e oferecer um atendimento de qualidade, é possível garantir o acesso à saúde de forma integral e promover o bem-estar da população.

DESENVOLVIMENTO

Em se tratando da longitudinalidade, alguns pontos devem ser abordados para uma compreensão holística da dimensão desse assunto. Inicialmente, para que esta seja possível, se faz necessário construir um vínculo com o usuário. Este se trata de um processo de ligação que promove uma conexão afetiva e ética entre o profissional de saúde. Esta é uma convivência de ajuda e respeito mútuos, porém, em desequilíbrio, pois estão envolvidas habilidades e expectativas diferentes. Neste sentido, o usuário encontra-se em um estado físico ou emocional de fragilidade em busca de assistência, a qual será prestada pelo profissional que, na teoria, é capacitado para cuidar dessa fragilização (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

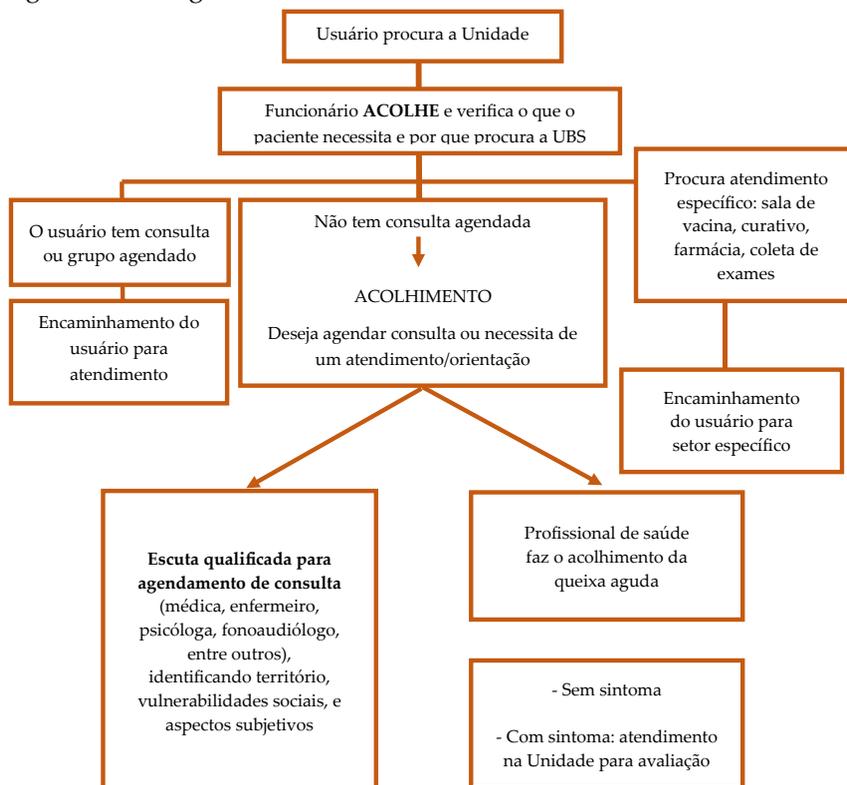
Para que o vínculo exista, é imprescindível que exista empatia e respeito, de forma que esses elementos sejam ponto de partida para a construção de confiança entre os envolvidos. Essa construção serve de arcabouço para o estímulo ao autocuidado, favorece o entendimento do processo saúde-doença, a compreensão e o seguimento correto das orientações terapêuticas por parte do usuário (GARUZI *et al.*, 2014). Neste sentido, a prática do vínculo, então, é capaz de trazer a materialização do princípio da integralidade, pois permite aos usuários que exerçam seus papéis de cidadãos, dando-lhes maior autonomia e tendo seus direitos de fala e escolha assegurados, no que tange à sua saúde. Assim, é criada uma relação de cumplicidade entre o usuário e o profissional, que se concretiza no contexto do acolhimento.

Sob o mesmo ponto de vista, o acolhimento é uma importante estratégia efetiva para fidelizar os usuários aos programas e serviços da APS. Este é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008). Trata-se do recebimento do usuário no serviço e compõe-se da responsabilização dos profissionais por esse usuário, da escuta qualificada de sua queixa e preocupação, da inserção de limites, caso necessário, da salvaguarda de assistência resolutiva e da articulação com outros serviços que possam oferecer a continuidade do cuidado, se for preciso (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

De acordo com Giordani et al. (2020), o acolhimento é um mecanismo que favorece o acesso, otimiza o processo de trabalho nos serviços de saúde, pois permite a organização e humanização do trabalho em equipe, além de ser meio para fortalecer o vínculo entre usuários, trabalhadores e gestores desses serviços. Além do entendimento de ser um mecanismo, o acolhimento também pode ser considerado como uma tecnologia leve de cuidado, suscetível a discussões coletivas e de reorientação, no sentido de constantemente ofertar uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário, oportunizando a autonomia destes e a autogestão dos trabalhadores (BREHMER; VERDI, 2010).

Camargo e Castanheira (2020), defendem o Acolhimento por Equipe (AE) como uma importante ferramenta de ampliação do acesso e representam no fluxograma a seguir (Figura 1), o acolhimento através da jornada do usuário dentro do serviço antes do AE em São Bernardo do Campo.

Figura 1 - Fluxograma de acolhimento antes do AE.



FONTE: CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020.

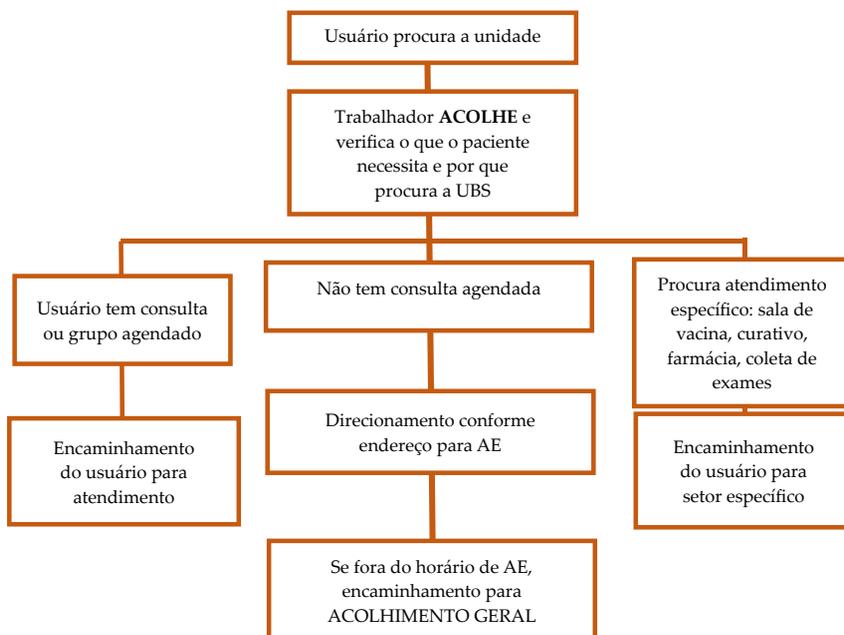
De acordo com este fluxograma, todo usuário que não agendou previamente seu atendimento deve ser encaminhado para o serviço de acolhimento, onde receberá uma escuta qualificada para identificação da sua demanda, sendo esta classificada como aguda ou não. Caso a demanda seja considerada aguda, o usuário deve receber atendimento no mesmo dia, sendo disponibilizada uma vaga por hora na agenda dos médicos e enfermeiros para esse tipo de atendimento (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

No AE, o usuário é inicialmente recebido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Em seguida, o enfermeiro realiza uma primeira escuta, podendo, dependendo da demanda do usuário, realizar a consulta de enfermagem, encaminhá-lo para

consulta com o médico do dia, ou agendar para grupos ou vagas da equipe (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

Conforme este estudo de caso (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020), o AE teve um impacto significativo no aumento da disponibilidade de consultas no mesmo dia, porém, resultou em uma redução das possibilidades de agendamentos em períodos mais distantes. Tal mudança impactou a rotina de trabalho das equipes, que precisaram se adaptar a essa nova dinâmica de atendimento aos usuários (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma de acolhimento depois do AE



FONTE: CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020.

Em relação a esta temática, Giordini et al. (2020) considera que ainda há divergências entre os profissionais da equipe em relação à sua participação nesse processo. Neste sentido, Rocha et al. (2018), defendem que o acolhimento deve envolver a colaboração da equipe e do usuário desde a entrada até o término do atendimento. Além disso, é importante considerar a percepção dos

usuários, pois isso pode contribuir para aprimorar o processo, garantindo um acesso mais fácil, maior satisfação e um vínculo positivo entre a equipe e o usuário. Em resumo, é fundamental que o acolhimento seja realizado de forma colaborativa entre equipe e usuário, permitindo um atendimento satisfatório e um bom relacionamento entre as partes envolvidas.

Com relação às estratégias de fidelização do usuário, um primeiro ponto de extrema importância seria a capacidade de realizar o acolhimento com empatia (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009). A própria formação do trabalhador em saúde, independente do quadro profissional, já incute no mesmo, aspectos técnicos-operacionais que se manifestarão no cotidiano de suas atividades (ROSA *et al.*, 2016). No entanto, se observa que esses aspectos, às vezes tão rígidos, se sobrepõem à atitude humana ética e social, de empatia, responsabilidade e respeito. Esse é um grande desafio a ser superado, para não transformar o acolhimento em mais um método, reduzido a uma atividade puramente mecânica (BREMER; VERDI, 2010).

Muitas vezes, os trabalhadores se sentem impotentes frente aos obstáculos existentes na sua vivência da APS. Esses obstáculos se apresentam das mais variadas formas, como a falta de recursos humanos, falta de espaço físico apropriado e falta de um verdadeiro investimento em educação continuada dos trabalhadores, que lhes dêem condições de prestar serviços de qualidade aos usuários.

No momento em que se consegue acolher de forma humanizada o usuário e lhe oferecer uma escuta qualificada, num espaço que lhe propicie privacidade, esses dois indivíduos - trabalhador e usuário - terão à sua disposição o contexto necessário para a criação do vínculo. O primeiro passo no caminho dessa fidelização é a criação de um vínculo verdadeiramente empático. O usuário sente falta desse "olhar nos olhos", da conexão entre seres humanos, que é a verdadeira essência do vínculo e, conseqüentemente, da fidelização.

Após esse primeiro passo, outro grande desafio é conseguir realizar o acolhimento no tempo preconizado em alguns pactos de gestão e contratos. Por exemplo, em alguns locais, esse tempo pode ser de 15 minutos para o trabalhador receber o usuário, ambos se apresentarem, o segundo se sentir confortável o suficiente para compartilhar suas queixas, preocupações e questionamentos. A seguir, o trabalhador realizar a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação da vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e apresentar ao usuário as suas considerações acerca da necessidade de intervenção de cuidado e ambos estabelecerem um acordo que resultará no plano de cuidado (BRASIL, 2020).

No momento em que esse acolhimento for realizado, a equipe de saúde conseguirá ter uma amostragem da real necessidade de seu território e conseguir transformar isso em linha de cuidado. Já existem algumas tradicionalmente escolhidas, como a atenção materno-infantil, aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes *mellitus*, assistência domiciliar à saúde mental, e planejamento familiar.

A educação continuada dos atores que trabalham nas unidades de saúde com relação aos temas de gestão populacional, uso de tecnologias leves e leve-duras, e permanentes reflexões para promover a reorganização do modo de trabalho da unidade, possivelmente são a resposta para desenvolver a estratégia que cada local lançará mão, para manter seu usuário constantemente atrelado ao plano de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento humanizado é um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde e do bem-estar dos usuários do sistema de saúde. Além disso, a oferta de programas de prevenção e promoção à saúde contribui significativamente para a redução dos índices de morbidade e mortalidade. As visitas domiciliares são uma estratégia importante para a identificação de vulnerabilidades

e para o estabelecimento de um vínculo mais próximo entre profissional de saúde e usuário.

A classificação de risco é uma prática que visa identificar a gravidade do quadro clínico do paciente, permitindo que os profissionais de saúde atuem de forma mais ágil e eficaz. Para isso, é fundamental o investimento na capacitação dos profissionais para a realização dessa prática de forma adequada e segura.

Por fim, a comunicação clara e efetiva entre profissionais de saúde e usuários, é essencial para a construção de um relacionamento de confiança e para a promoção de uma assistência de qualidade. Nesse sentido, é importante que haja investimento em treinamentos e capacitações para que os profissionais desenvolvam habilidades de comunicação interpessoal e de escuta ativa. Em suma, o acolhimento humanizado, a oferta de programas de prevenção e promoção à saúde, as visitas domiciliares, a classificação de risco, o investimento na capacitação dos profissionais e a comunicação clara e efetiva são práticas fundamentais para a promoção de uma assistência à saúde de qualidade e que atenda às necessidades dos usuários.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 106-115, 2007.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

ARAUJO, Maria do Socorro Moreira de. **As práticas humanizadoras desenvolvidas em resposta às demandas da estratégia Saúde da Família de Sobral**. 2019. 140 f. Dissertação

(Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2019.

BARATIERI, Tatiane et al. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00103221, 2022.

BARATIERI, Tatiane; MARCON, Sonia Silva. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 549-557, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3569-3578, 2010.

CARAM, Carolina da Silva et al. Redução da desigualdade de acesso às ações de promoção da saúde na atenção primária brasileira: Programa Academia da Saúde. 2021.

CAMARGO, Diângeli Soares; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190600, 2020.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1029-1042, 2011.

FRANK, Bruna Regina Bratti et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde em debate**, v. 39, p. 400-410, 2015.

GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral et al. Factors associated with service user embracement by Primary Health Care teams in Brazil, 2012: a cross-sectional study. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

LEÃO, Claudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antônio Prates; OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, p. 323-334, 2011.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Revista brasileira de educação médica**, v. 40, p. 547-559, 2016.

PAULA, Cristiane Cardoso de et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2015.

RIBEIRO, Saby Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1799-1808, 2020.

ROCHA, Francisca Cecília Viana et al. Elderly welcoming in primary health care: the user perspective. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 10, n. 3, p. 669-674, 2018.

SCHOLZE, Alessandro da Silva; DUARTE JUNIOR, Carlos Francisco; SILVA, Yolanda Flores. Trabalho em saúde e a

implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 303-314, 2009.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health policy**, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002.

¹ Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

² Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente é Médica ESF Família e Comunidade no Hospital Israelita Albert Einstein e instrutora do Internato de MFC da Faculdade de Medicina, <http://lattes.cnpq.br/6611627557343699>

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

⁴ Mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde da Família PPGSF na Universidade Federal do Sul da Bahia, Médica Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, <http://lattes.cnpq.br/0653676041791816>

CAPÍTULO 10

EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS DE ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LIÇÕES APRENDIDAS*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fracolli²

Silas Santos de Araújo³

Denise Maria Campos de Lima Castro⁴

Daniela Cristina Geraldo⁵

Jerusa Costa dos Santos⁶

Edmilson Alves dos Santos⁷

Laiza Gallo Farias⁸

Júlio Cesar Novais Silva⁹

João Felipe Tinto Silva¹⁰

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um conceito central do Sistema Único de Saúde (SUS) e é fundamental para garantir o direito do usuário, seja ele proveniente do SUS ou do sistema privado, de ter uma porta de entrada para os serviços de saúde, a partir de suas necessidades, sejam elas agudas ou crônicas. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acesso é um atributo essencial (STARFIELD, 2002), sendo o ponto de partida para a garantia de outros atributos que asseguram a qualidade da APS, tais como a longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Se o usuário não recebe um acesso adequado, eficiente e eficaz, todos os outros atributos mencionados acima ficam comprometidos. Por isso, é essencial garantir que o acesso seja

* <https://www.doi.org/10.51795/9786526505793139152>

assegurado como um direito e que seja priorizado como um elemento chave na construção de um sistema de saúde justo e equitativo (OLIVEIRA *et al.*, 2023). Somente assim, será possível garantir que a população tenha acesso a serviços de qualidade e que as demandas de saúde sejam atendidas de forma adequada.

Considerado um direito fundamental, este é uma das principais responsabilidades do SUS. Nesta lógica, o usuário deve conhecer onde deve procurar, quando houver demandas que necessitem de cuidado em saúde, e o SUS, oferecer à população, um sistema de saúde onde os usuários tenham acesso ideal para aquele momento de adoecimento. Este usuário não conhece a dimensão da organização do sistema, o que ele precisa é a ter a sua necessidade de saúde (consumo) atendida. Considerando a lógica de atendimentos propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, onde o quantitativo de usuários pode chegar a quatro mil pessoas e que em alguns lugares do mundo a equipe multidisciplinar presta atendimento em aproximadamente mil pessoas, é muito mais complexo garantir um acesso adequado, eficiente e eficaz no Brasil (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Garantir o acesso na APS para uma equipe que atende 4.000 usuários na Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser um desafio, mas é possível com uma gestão eficiente do serviço. Algumas estratégias para garantir o acesso, incluem a organização de agendas para consultas e exames (PINTO *et al.*, 2022), o uso de tecnologias para agilizar o atendimento (MARTIN; SARTOR; SILVA, 2019) e a promoção de ações de prevenção e promoção da saúde para reduzir a demanda por atendimento (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012). Além disso, é importante contar com uma equipe multidisciplinar bem treinada e capacitada para atender às necessidades de saúde da população de forma eficiente e efetiva (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Existem diversos países que buscam garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Um exemplo é o Canadá, que possui um sistema de saúde público, o Medicare, que oferece cobertura de saúde para todos os cidadãos canadenses e

residentes permanentes (PERREAULT *et al.* 2016). Outro exemplo é a Inglaterra, que possui o Serviço Nacional de Saúde (NHS), um sistema de saúde público e gratuito que oferece atendimento para toda a população (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Já na França, existe um sistema de saúde baseado em seguros de saúde obrigatórios, que oferece cobertura para todos os cidadãos, independentemente de sua condição financeira (CORDILHAS; LAVINAS, 2018). Há também países como Cuba (ROLLO *et al.* 2020) e Costa Rica (PAIM, 2020), que possuem sistemas de saúde públicos e universais que são referências mundiais em termos de acesso e qualidade dos serviços oferecidos.

No Brasil, ao longo de pouco mais de 30 anos de SUS, muitas estratégias foram implementadas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) programa que visa a atenção primária à saúde, com equipes de saúde da família que acompanham as famílias em suas residências (VIEGAS *et al.*, 2021). A ESF é um modelo que tem contribuído significativamente para o aumento do acesso à saúde da população mais vulnerável. O Programa Farmácia Popular que foi uma iniciativa para oferecer medicamentos a preços populares em farmácias cadastradas (COSTA *et al.*, 2022). Desde a sua criação, em 2004, o programa já beneficiou milhões de brasileiros que não tinham acesso aos remédios necessários (SIQUEIRA *et al.*, 2022).

Ademais, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que oferece atendimento médico de emergência em todo o território nacional tem contribuído para a redução do número de mortes por causas evitáveis e para o aumento da qualidade do atendimento em situações de emergência (OLIVEIRA; O'DWYER; NOVAES, 2022). Assim como o Telessaúde (SILVA *et al.*, 2022), programa que utiliza tecnologias de informação e comunicação para aprimorar a qualidade da atenção à saúde, por meio de consultorias, capacitações e suporte técnico aos profissionais de saúde. Este programa, e suas variações, tem se mostrado eficiente para ampliar o acesso a especialistas e serviços de saúde em áreas remotas (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Além disso, o Programa Mais Médicos (SOARES *et al.*, 2022), iniciativa que visa a ampliar o acesso à saúde em regiões remotas e de difícil provimento de médicos, por meio da contratação de profissionais estrangeiros e brasileiros formados no exterior, já beneficiou milhões de brasileiros que antes não tinham acesso à assistência médica desde a sua criação em 2013.

Nesse contexto, a identificação de experiências bem-sucedidas na promoção do acesso à APS é de extrema importância para aprimorar os serviços de saúde e garantir a efetividade do cuidado. Ao analisar essas experiências, é possível identificar as boas práticas, os desafios superados e as lições aprendidas.

As experiências bem-sucedidas na promoção do acesso à APS, podem ser encontradas em diferentes regiões do mundo e podem ser impulsionadas por iniciativas governamentais, de organizações da sociedade civil ou de instituições acadêmicas. Essas iniciativas podem incluir a ampliação do horário de atendimento, a descentralização dos serviços, a utilização de tecnologias digitais e a promoção da participação da comunidade (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Nesta perspectiva, este capítulo considerou analisar as lições aprendidas a partir de experiências bem-sucedidas, na tentativa de identificar estratégias e políticas que podem ser replicadas em outros contextos para aprimorar a promoção do acesso à APS. Além disso, essas lições aprendidas podem contribuir para a construção de políticas de saúde mais efetivas, garantindo o acesso e o cuidado de qualidade para todos os indivíduos.

DESENVOLVIMENTO

Culturalmente, a grande parte dos usuários, procura atendimento nas primeiras horas dos turnos, o que pode ser explicado por hábitos provenientes do modelo tradicional de atendimento. Nesse modelo, se os usuários não chegam cedo, não conseguem ser atendidos, já que havia um limite de fichas disponíveis. No entanto, esta rotina leva a uma demanda reprimida e torna insuficiente a única porta de entrada. Neste sentido, é

necessário a implementação de técnicas que garantam o acesso e coordenem o cuidado. Diversas estratégias estão sendo elaboradas para aumentar o acesso à APS, tornando-a mais fácil e próxima da demanda do usuário. Entre elas, destacam-se o horário estendido, o acolhimento à demanda espontânea e o Acesso Avançado (AA).

Como estratégia para extensão do horário na APS, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde na Hora pela Portaria nº 930, de 17 de maio de 2019, alterado pela Portaria nº 397/GM/MS, em março de 2020. Esse programa oferece recursos financeiros para municípios e Distrito Federal para estender o horário de atendimento das unidades da APS em todo o país.

Poucos estudos estão publicados que abordam sobre os resultados deste programa. No entanto, muitos usuários não conseguem buscar atendimento durante o horário comercial, seja por trabalho ou outras atividades. Ampliar o horário de funcionamento das unidades de saúde, pode ser uma forma de garantir maior acesso à população.

Um estudo sobre a ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do prêmio APS Forte (ALMEIDA; PEREIRA, 2020), relatou que foi preciso aumentar a equipe de funcionários e/ou remunerar horas extras e/ou permitir que as horas extras fossem compensadas com folgas para evitar que os profissionais fossem sobrecarregados com uma carga horária extensa de trabalho.

Outro estudo de Pessoa, Gouveia e Correia (2017), analisou o modelo "Upinha 24 horas" apresentado como uma solução para ampliação de acesso. De acordo com estes autores, ainda há questões que precisam ser respondidas, como a relação custo-efetividade, a capacidade de resolução e o perfil dos problemas atendidos por outros provedores, além da equipe de saúde de origem. Mesmo considerando os modelos vigentes, a implementação das "Upinhas 24 horas" parece ser uma proposta inicialmente promissora, mas ainda incipiente na garantia de acesso. Eles enfatizam o quanto é importante considerar modelos que incentivem a continuidade do cuidado para evitar a

reprodução da fragmentação que ocorre no atendimento de emergência na rede de saúde já existente.

O acolhimento à demanda espontânea na APS é um processo que busca atender de forma resolutiva e humanizada os usuários que procuram os serviços de saúde sem agendamento prévio (FARIA; CAMPOS, 2012). Ele visa promover o acesso, a continuidade do cuidado e a satisfação do usuário, além de ser fundamental para o fortalecimento da APS (MORELATO *et al.*, 2021).

De acordo com Moura (2019), o acolhimento é importante para equilibrar o acesso entre as demandas espontâneas e programáticas na APS. Para alcançar esse objetivo, é necessário utilizar ferramentas individuais, como capacitação, sensibilização e estímulo ao protagonismo dos profissionais, que terão um efeito positivo no coletivo da equipe. A realização do acolhimento e a garantia de acesso ao usuário, exigem a reorganização do processo de trabalho e o equilíbrio entre a demanda espontânea e programada, tornando-se fundamentais para a consolidação da APS.

Morelato e colaboradores (2021) reconhecem com base em seu estudo, as necessidades de aprendizagem dos enfermeiros que atuam na APS implicam na construção ou aprimoramento de conhecimentos para desenvolver, junto com a equipe de saúde, a classificação de risco da demanda espontânea. Essa ação, requer mudanças na formação e a continuidade da qualificação dos profissionais no e para o trabalho.

Um estudo descritivo sobre o processo de trabalho no acolhimento à demanda espontânea em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza (RODRIGUES, 2019), descreveu que este modelo, pode gerar sentimentos de sofrimento nos profissionais de saúde, como frustração e impotência, podendo prejudicar a saúde mental desses profissionais. Ele considera urgente e necessário rever o modelo de atendimento adotado para o acolhimento da demanda espontânea.

Murray e Tantau (2000), preocupados com a lacuna de cerca de 55 dias entre a demanda por agendamento e o momento da oferta de uma vaga, o departamento de APS de um consórcio de

saúde da Califórnia criou um sistema de agendamento chamado de Acesso Avançado (AA), também conhecido como "acesso aberto" ou "agendamento para o mesmo dia".

Esse sistema oferece atendimento aos usuários no mesmo dia em que elas procuram o serviço, ou em até 24 horas (MURRAY; BERWICK, 2003). Entre os benefícios do AA, destacam-se a redução do tempo de espera por uma consulta, a promoção da continuidade do cuidado, a diminuição das taxas de absenteísmo e o aumento da satisfação de profissionais e usuários (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023).

No entanto, esse tipo de sistema de acesso pode apresentar algumas características negativas, como a perda da qualidade do seguimento de usuários com doenças crônicas, dificuldade de implantação e demanda que supera a oferta por serviços de saúde. Neste sentido, Oliveira e Fracolli (2023) defendem a necessidade de adequação do modelo para que este possa ser adaptado ao contexto contemporâneo.

O estudo de Cirino e colaboradores (2020), relatou o processo de implantação do AA em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. De acordo com estes autores, a estratégia de AA foi eficaz na ampliação do acesso aos serviços de saúde e gerou efeitos positivos na organização da agenda e dos processos de trabalho das equipes. Este resultado coincidiu com os estudos de Pires et al. (2019) e Soares, Junqueira (2022) obtendo os resultados da implantação e implementação como significativos, sendo o mais interessante talvez a redução do tempo médio de espera entre a procura do paciente à unidade de saúde e sua consulta efetiva. O principal resultado destes estudos foi a diminuição no absenteísmo.

Uma revisão sistemática que avaliou os resultados de agendamento pelo AA (ROSE; ROSS; HORWITZ, 2011), teve como desfecho, estes mesmos resultados relatados e acresce que a implantação deste modelo reduziu visitas aos departamentos de urgência. De acordo com o estudo de Degani (2013), não houve prejuízo no acompanhamento de usuários com diabetes ou doença

coronariana. Contudo, o estudo de Stelet e estudiosos (2022) destaca que a implantação do modelo seja apoiada em práticas orgânicas e estruturais nos serviços, adaptadas à realidade e duradouras, de modo que a população não precise lidar com instabilidades e mudanças frequentes no cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS desempenha um papel fundamental na garantia do acesso à população adoecida, muitas vezes privada de seus direitos fundamentais. Para isso, é preciso adotar uma visão integral com a maior qualidade possível, especialmente durante a consulta, para que o cuidado seja prestado de forma adequada e eficiente.

A APS deve ser a porta principal e ordenadora do cuidado, o que exige a otimização de recursos na referência e contrarreferência. No entanto, a APS não é a única porta de entrada para o cuidado em saúde, mas deve ser a principal e coordenadora do cuidado. É essencial garantir que a população tenha acesso à saúde por meio dessa porta, o que exige a adoção de medidas para reduzir as barreiras de acesso, incluindo a implementação de estratégias de acolhimento e classificação de risco.

Em suma, as experiências bem-sucedidas de acesso na APS oferecem importantes lições aprendidas para aprimorar a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde. É crucial que as equipes de saúde estejam comprometidas em desenvolver estratégias para garantir o acesso e a continuidade do cuidado, especialmente para populações vulneráveis e com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Na prática, isso significa que esses profissionais e gestores devem estar abertos a novas ideias, tecnologias e metodologias que possam trazer melhorias para o sistema de saúde como um todo, e em especial para os usuários. Eles precisam ter a capacidade de “pensar fora da caixa”, identificar problemas e propor soluções criativas e efetivas para resolvê-los.

Além disso, é importante destacar que esse perfil de profissional ou gestor não deve atuar de forma isolada, mas sim em colaboração com suas equipes e demais atores do SUS, para que as mudanças propostas possam ser implementadas de forma integrada e sustentável. As experiências bem-sucedidas devem ser valorizadas e replicadas, a fim de contribuir para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e efetivo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Erika Rodrigues de; PEREIRA, Francly Webster de Andrade. Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS Forte. **Aps Em Revista**, v. 2, n. 3, p. 240-244, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020**. Dispõe sobre o Programa Saúde na Hora e suas alterações. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção 1, p. 28, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Portaria nº 930, de 17 de maio de 2019**. Institui o Programa Saúde na Hora, que estabelece incentivo financeiro para ampliação do horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (ESF). Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção 1, p. 52, 2019.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos et al. O acesso avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, 2020.

CORDILHA, Ana Carolina; LAVINAS, Lena. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2147-2158, 2018.

COSTA, Karen Sarmiento et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: obtenção de medicamentos por adultos em tratamento para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022.

DEGANI, Naushaba. Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases: an evidence-based analysis. **Ont Health Technol Assess Ser.**, 13(7):1-48, 2013.

FARIA, Rosane Costa; CAMPOS, Estela Márcia Márcia Saraiva. Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Revista de APS**, v. 15, n. 2, 2012.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020.

MARTINS, Lidiane; SARTOR, Giordana Dutra; SILVA, Madalena Pereira da. Prontuário Eletrônico do Paciente: Adoção de novas tecnologias de acesso. **Journal of Health Informatics**, v. 11, n. 3, 2019.

MORELATO, Caroline Silva et al. Acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária: necessidades de aprendizagem de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

MOURA, Ricardo Amorim de. **O atendimento à demanda espontânea: percepção de médicos no contexto da estratégia saúde da família**. 2019. 44 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2019.

MURRAY, Mark; BERWICK, Donald. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 8, p. 1035–1040, 2003.

MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family practice management**, v. 7, n. 8, p. 45–50, 2000.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias. **Estratégias de acolhimento para o acesso à saúde na Atenção Primária** – Capítulo 10. OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias (Org). Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização. – 1.ed., Curitiba – PR, Editora Bagai, 2023.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Estratégias colaborativas para implementação de acesso avançado: uma revisão de escopo. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 27, n. 296, p.185-213, 2023.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. **Acesso avançado na prática: guia com estratégias colaborativas para implantação do modelo**. Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fracolli. São Paulo: EE/USP, 22 p., 2023.

OLIVEIRA, Catia Cristina Martins de; O'DWYER, Gisele; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Desempenho do serviço de atendimento móvel de urgência na perspectiva de gestores e profissionais: estudo de caso em região do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1337-1346, 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, p. 15-28, 2020.

PERREAULT, Michel et al. Programa de saúde da família no Brasil: Reflexões críticas à luz da promoção de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, 2016.

PESSOA, Bruno Henrique Soares; GOUVEIA, Eneline de Andrade Heráclio; CORREIA, Isabel Brandão. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

PINTO, Rejane Brandão et al. Estratégias Para Enfrentamento do Absenteísmo de Pacientes em Consultas e Exames Agendados Pelos Sistemas de Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Epitaya E-books**, v. 1, n. 12, p. 127-150, 2022.

PIRES, Luís Antônio Soares et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 605-613, 2019.

RODRIGUES, Carol Cardoso; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, p. 235-255, 2012.

RODRIGUES, Maria Sabrinny Martins. **Acolhimento à demanda espontânea: processo de trabalho da equipe de profissionais em unidade básica de saúde**. 2019. 96 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

ROLLO, Rosane Machado et al. Organização de sistemas nacionais de saúde: diferenças e semelhanças entre Brasil e Cuba. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 23, n. 2, 2020.

ROSE, Katherine; ROSS, Joseph, HORWITZ, Leora. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. **Arch Intern Med.**,171(13):1150-9, 2011.

SILVA, Jessica Maboni da; et al. Utilização do telessaúde para consultas médicas na atenção primária a saúde: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 4, p. 30876-30889, 2022.

SIQUEIRA, Ingrid et al. Acesso a medicamentos por portadores de doenças crônicas não transmissíveis pelo programa farmácia popular: uma revisão. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 7, n. 2, p. 45-45, 2022.

SOARES, Catharina Leite Matos et al. O Programa Mais Médicos na produção científica brasileira: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 98-118, 2022.

SOARES, Larissa Silva; JUNQUEIRA, Marcelle Aparecida de Barros. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade

unidade-escola de atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, 2022.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STELET, Bruno Pereira et al. “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; et al. SUS-30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n 2, 2021.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma (s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 16, p. 7-17, 2007.

¹Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

³Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual da Bahia (UESB), Saúde Escolar pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e Especializando em Docência do Ensino Profissional e Tecnológico pelo Instituto Federal da Bahia (IFBA), <http://lattes.cnpq.br/3845624233441049>

⁴ Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São Paulo - EPM (UNIFESP - EPM), Especialista em Saúde da Família, pela mesma universidade (UNIFESP- EPM). Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (MPAPS- EEUSP), Pós-graduanda em MBA de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (POLI - USP), Gerente de Unidade Básica

de Saúde-SP, Hospital Israelita Albert Einstein / Prefeitura Municipal de São Paulo, <http://lattes.cnpq.br/8266030205384926>

⁵ Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no programa Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, <http://lattes.cnpq.br/1817703149879658>

⁶ Mestranda pelo programa de pós- graduação em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no SUS. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP, <http://lattes.cnpq.br/8476135357717457>

⁷ Mestrando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), enfermeiro assistencial na Estratégia de Saúde da Família, <https://lattes.cnpq.br/4662464567537522>

⁸ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>

⁹ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>

¹⁰ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, <http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

CAPÍTULO 11

A PROPOSTA DO ACESSO AVANÇADO PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*

Denise Maria Campos de Lima Castro¹

Larayne Gallo Farias Oliveira²

Daniela Cristina Geraldo³

Lislaine Aparecida Fracolli⁴

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das principais estratégias para garantir o acesso à saúde de qualidade para a população. No entanto, é necessário um constante aprimoramento dos serviços oferecidos, a fim de atender às demandas e necessidades dos usuários. Devido à alta demanda e agendas lotadas, equipes de saúde têm debatido maneiras de reorganizar suas agendas, ampliar e qualificar o acesso aos serviços.

Existem duas formas operacionais utilizadas internacionalmente para avaliar a qualidade do acesso à APS: o acesso oportuno e a continuidade do cuidado. Segundo Cirino et al. (2020), o acesso oportuno é definido como a capacidade de agendar um atendimento o mais rápido possível, possibilitando o tratamento de demandas e condições agudas que poderiam gerar gastos desnecessários se encaminhadas aos serviços de urgência e emergência. Já a continuidade do cuidado, é alcançada quando o profissional de saúde responsável mantém o acompanhamento do usuário sempre que necessário, fortalecendo a relação de confiança e intensificando o cuidado individual e holístico.

* <https://www.doi.org/10.51795/9786526505793153166>

Nesse contexto, surge a proposta do Acesso Avançado (AA) como uma alternativa para qualificar o acesso à saúde na APS. Essa estratégia busca melhorar a eficiência do atendimento, reduzir o tempo de espera e proporcionar uma assistência mais individualizada e humanizada (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023). Murray e Tantau (2000) corroboram que, na década de 1990, a gestão da APS na Califórnia realizava o atendimento de 250 mil usuários por meio de 100 médicos e 400 outros profissionais de saúde. No entanto, as grandes filas e os longos tempos de espera levavam à insatisfação, tanto dos usuários, quanto dos profissionais. Estes enfatizam, um período de até 55 dias da demanda do usuário até o seu atendimento (tal dado aproxima-se à realidade brasileira).

Esse modelo de agendamento, com a estratégia oposta e distinta dos demais, foi então desenvolvido pelos pesquisadores Murray e Tantau (2000), com o lema "Faça hoje o trabalho de hoje!". Esse sistema preconiza que os usuários sejam atendidos no mesmo dia ou em um prazo de até 48 horas, diferenciando-se dos outros modelos de agendamento (MURRAY; BERWICK, 2003).

Segundo estes autores, o AA busca reduzir a distância entre a oferta e a demanda, adotando uma abordagem contrária e distinta a todos os outros modelos de agendamento, que deixam grande parte do trabalho atual para o futuro. Ou seja, o AA antecipa todo o trabalho atual para o presente, visando preservar a capacidade futura.

Essa abordagem de organização dos serviços de saúde permite que os usuários procurem a unidade de saúde para qualquer tipo de problema de saúde, seja ele urgente, de rotina ou de prevenção. O objetivo desse modelo é promover a continuidade do cuidado, reduzindo as faltas e diminuindo significativamente as filas, sem a necessidade de recursos adicionais (MURRAY; BERWICK, 2003).

A implementação do AA requer mudanças profundas na cultura e na organização dos serviços de saúde, incluindo a adoção de práticas colaborativas e o uso de tecnologias para aprimorar a comunicação e gestão de informações (BRETON *et al.*, 2022). É essencial haver uma ampla divulgação sobre as funcionalidades do

AA e seus benefícios tanto para os profissionais de saúde quanto para os usuários.

Inicialmente, o modelo de AA foi proposto com base em seis pilares por Murray e Berwick (2003). No entanto, em 2022, Breton et al. (2022) reelaboraram esses pilares, estabelecendo cinco fundamentais, a saber: 1) planejamento abrangente para necessidades, suprimentos e variações recorrentes; 2)ajuste regular da oferta à demanda; 3)processos de marcação e agendamento de consultas; 4)integração e otimização da prática colaborativa; e 5) Comunicação sobre acesso avançado e suas funcionalidades. Estes, foram ilustrados por Oliveira e Fracoli (2023) em um guia com estratégias colaborativas para implantação do modelo. conforme a Figura 1 a seguir:

Figura 1 – Infográfico: Pilares AA (Breton *et al.* 2022)



FONTE: OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023.

Este capítulo visou apresentar o modelo de AA como uma ferramenta para a qualificação na APS. Para isto, apresentou o AA na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Mitsutani na cidade de São Paulo-SP, e assim discutiu os benefícios do AA para a saúde pública e como sua implementação pode contribuir para a melhoria dos serviços de saúde no Brasil.

DESENVOLVIMENTO

Castro (2021) relatou que em uma UBS, a proposta de implantação de um novo modelo de organização do acesso iniciou-se em 2016. A proposta partiu do projeto “Desafio Mais Saúde na Cidade” proposto pela Secretaria de Saúde do município de São Paulo. Este desafio, tinha como objetivo estimular, mobilizar, identificar, reconhecer, valorizar e incentivar projetos na APS relacionados aos processos de trabalho das UBS, fundamentado nas Novas Diretrizes da Atenção Básica de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.

Segundo esta autora, um grande problema enfrentado pelos usuários, equipes e gestores da UBS era o acesso às consultas com as equipes. As agendas apresentavam um tempo médio de espera de 44 dias, podendo chegar a 80 dias, e uma taxa de absenteísmo de 30%. Além disso, os profissionais ficavam ociosos entre as consultas, enquanto os usuários aguardavam por um longo tempo para serem atendidos pela sua equipe de referência.

Durante esse tempo de espera, muitos usuários procuravam outros serviços ou o acolhimento na própria UBS para resolver problemas agudos, mas acabavam não comparecendo às consultas agendadas, o que prejudicava a continuidade do cuidado e dificultava o conhecimento da equipe sobre as necessidades de saúde da população. As agendas eram segmentadas e tinham dias específicos para atender a gestantes, crianças e pacientes crônicos, dificultando o acesso dos usuários que não se enquadravam nesses grupos. A UBS não tinha autonomia para fazer mudanças no modelo de agendamento naquele momento.

Para lidar com essa questão, e enfrentar o desafio que se apresentava, foi necessário solicitar autorização às instâncias superiores para modificar e flexibilizar a agenda dos profissionais da UBS. Para isso, a equipe teve que buscar estudos e experiências, tanto nacionais como internacionais, a fim de descobrir novas formas de organizar o acesso. Assim, o modelo de AA foi adotado pelos profissionais da UBS como uma das formas de reorganizar o serviço e ampliar o acesso, preferencialmente com sua equipe de referência, fortalecendo o vínculo e a continuidade do cuidado (MURRAY; BERWICK, 2003). Isso contribui para o fortalecimento dos atributos da APS, tornando-a mais resolutiva (STARFIELD, 2002).

A figura 2, ilustra a agenda de médicos e enfermeiros de uma das equipes antes da implementação do AA:

Figura 2 – Agenda do médico e do enfermeiro antes da implementação do AA em uma UBS de São Paulo-SP

AGENDA MÉDICA 2016						
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	
07:00						
07:15	REUNIÃO DE EQUIPE OU COM NASF	RESERVA TÉCNICA	CONS.COMP NASF	HAS/DM	REUNIÃO DE EQUIPE	
07:30						
07:45						
08:00	ATIVIDADE COLETIVA HIPERDIA (criar vaga conforme demanda)	CONSULTA GERAL	PRÉ-NATAL	GRUPO/CONSULTA (criar vaga conforme demanda)	SAÚDE MENTAL	
08:15						
08:30						
08:45		VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)		PUERICULTURA	Reunião Técnica	
09:00						
09:15						
09:30	PEQUENOS PROCEDIMENTOS	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	CUIDADO CONTÍNUO	PUERICULTURA	Reunião Técnica	
09:45						
10:00						
10:15	HAS/DM	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	CUIDADO CONTÍNUO	PUERICULTURA	Reunião Técnica	
10:30						
10:45						
11:00	HAS/DM	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	CUIDADO CONTÍNUO	PUERICULTURA	Reunião Técnica	
11:15						
11:30						
11:45	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	
12:00						
12:15						
12:30	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	CONSULTA GERAL	CUIDADO CONTÍNUO	MENORES DE 1 ANO	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	
12:45						
13:00						
13:15		EXAMES ALTERADOS	RESERVA TÉCNICA	PUERICULTURA		
13:30						
13:45						
14:00	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	EXAMES ALTERADOS	RESERVA TÉCNICA	PUERICULTURA	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	
14:15						
14:30						
14:45	CUIDADO CONTÍNUO	EXAMES ALTERADOS	RESERVA TÉCNICA	PUERICULTURA		ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)
15:00						
15:15						
15:30	CUIDADO CONTÍNUO	EXAMES ALTERADOS	RESERVA TÉCNICA	PUERICULTURA	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	
15:45						
15:45			REUNIÃO DE EQUIPE OU COM NASF			

AGENDA ENFERMEIRO 2016					
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
07:00					
07:20	RE/NASF	RE	CONS.COMP NASF	RE	RE
07:40					
08:00	ATIVIDADE COLETIVA HIPERTENSÃO (criar vaga conforme demanda)	PRÉ-NATAL	COLETA PAPANICOLAOU (criar vaga conforme demanda)	GRUPO/CONSULTA (criar vaga conforme demanda)	ATIVIDADE COLETIVA PLANEJAMENTO FAMILIAR (criar vaga conforme demanda)
08:20					
08:40					
09:00					
09:20				VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	Reunião Técnica
09:40					
10:00	ADMINISTRATIVO	CUIDADO CONTINUO			
10:20					
10:40					
11:00					
11:20					
11:40					
12:00					
12:20	Almoço	Almoço			Almoço
12:40					
13:00	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	Almoço	Almoço	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)
13:20					
13:40			Supervisão		
14:00			Supervisão		
14:20			Supervisão	REUNIÃO DE ENFERMAGEM	
14:40					
15:00			RE/NASF		
15:20					
15:40					

FONTE: CASTRO, 2021.

Diante desse cenário, foi realizada uma construção coletiva, com a participação de todos os profissionais da UBS, em espaços de reunião, onde os profissionais puderam discutir e estudar sobre as formas de acesso e como isso seria organizado dentro da unidade. Esse espaço propiciou a troca de experiências e exposição das dúvidas, angústias e sugestões. Todos tiveram contato com materiais sobre a temática desenvolvidos no Brasil e em outros países.

Assim, as equipes puderam construir uma nova agenda com 70% de vagas de consultas de médicos e enfermeiros para o dia, sem agendamento prévio, e 30% com agendamentos prévios, apenas para crianças menores de 1 ano e gestantes, como apresentado na figura 3:

Figura 3 – Agenda do médico e enfermeiro depois da implementação do Acesso Avançado em uma UBS de São Paulo-SP

AGENDA MÉDICA 2017					
Horário	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
07:00	ACESSO AVANÇADO	REUNIÃO DE EQUIPE	ACESSO AVANÇADO	ACESSO AVANÇADO	CUIDADO CONTÍNUO
07:20					
07:40					
08:00					
08:20					
08:40					
09:00					
09:20					
09:40					
10:00					
10:20	ACESSO AVANÇADO	ACESSO AVANÇADO	ALMOÇO	ALMOÇO	REUNIÃO TÉCNICA
10:40					
11:00					
11:20					
11:40	ALMOÇO	ACESSO AVANÇADO	CUIDADO CONTÍNUO	ALMOÇO	
12:00					
12:20	ACESSO AVANÇADO	ACESSO AVANÇADO	VISITA DOMICILIAR (CRIAR VAGA NO DIA)	CUIDADO CONTÍNUO	ACESSO AVANÇADO
12:40					
13:00					
13:20					
13:40					
14:00					
14:20					
14:40					
15:00					
15:20					
15:40					

AGENDA ENFERMEIRO 2017							
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta		
07:00	ACESSO AVANÇADO	REUNIÃO DE EQUIPE	REUNIÃO DE EQUIPE	ACESSO AVANÇADO	ADMINISTRATIVO		
07:20							
07:40							
08:00							
08:20		ADMINISTRATIVO	ACESSO AVANÇADO		CUIDADO CONTÍNUO	ACESSO AVANÇADO	
08:40							
09:00							
09:20		SUPERVISÃO					
09:40							
10:00							
10:20	CUIDADO CONTÍNUO	PRÉ-Natal		Almoço			Reunião Técnica
10:40							
11:00							
11:20							
11:40	PRÉ-Natal	Almoço	ACESSO AVANÇADO	ACESSO AVANÇADO			
12:00							
12:20	Almoço	PRÉ-Natal			Almoço	Almoço	
12:40							
13:00							
13:20	ATIVIDADE COLETIVA GRUPO DE BEBÊ (criar vaga conforme demanda)	ACESSO AVANÇADO			ACESSO AVANÇADO	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)
13:40							
14:00							
14:20							
14:40	GRUPO HIPERDIA (Atividade Coletiva)	ACESSO AVANÇADO			REUNIÃO DE ENFERMAGEM	REUNIÃO DE EQUIPE	
15:00							
15:20							
15:40							

FONTE: CASTRO, 2021.

O projeto ocorreu, a princípio, entre duas equipes (de um total de 11) e o início foi marcado para maio de 2016, porém, desde janeiro do mesmo ano, a UBS já estava se preparando para esta mudança por meio da utilização das agendas em 100% de sua capacidade, sem agendamento de consultas futuras, objetivando deixá-las livres para o início do novo modelo. Neste intervalo, todos os usuários que procuravam o serviço para agendar consultas, eram inseridos no lugar de outros que faltavam, sendo assim atendidos prontamente.

No início de maio de 2016, as agendas dessas duas equipes-piloto, de médicos e de enfermeiros, ficaram configuradas com 70% de vagas para o dia e 30% de vagas agendadas, como o planejado. Foram criadas equipes “irmãs”, que prestavam apoio umas às outras em horários complementares de reunião, visita domiciliar, horários para atividades administrativas e grupos educativos.

No começo havia um estranhamento por parte dos usuários, que diziam não estar preparados para serem atendidos prontamente, mas rapidamente eles se adaptaram e divulgaram dentro da comunidade essa nova forma de acesso. Além disso, foi fundamental a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), bem como a articulação com o conselho gestor local, para divulgação no território deste novo modelo de programação de agenda. Outro ponto importante, foi a integração dos assistentes administrativos nas discussões, preparando-os para orientar e direcionar adequadamente, principalmente na recepção, os usuários que procuravam a Unidade. Ao longo deste processo, os encontros entre os profissionais para discussão da experiência das equipes com a implantação dessa nova estrutura de agenda continuaram, bem como os estudos da literatura existente e a construção de novos fluxos internos para o serviço.

Assim, houve a compreensão pela equipe de quatro questões relevantes: 1) a agenda deveria contemplar a necessidade dos usuários e não as necessidades “pessoais” dos profissionais; 2) o AA não poderia ser resumido a “queixa/condução” (que uma queixa pontual deveria ser vista de maneira integral, baseada nas

necessidades de saúde da população); 3) esse atendimento deveria ser contínuo, garantindo o retorno, prioritariamente, com a mesma equipe; e 4) a carteira de serviço da unidade deveria estar disponível e atualizada, assim como a equipe teria que buscar conhecimentos e desenvolver habilidades para manejo do tempo e de incertezas na clínica.

Em março de 2017, com a experiência e amadurecimento de toda a unidade, iniciou-se o modelo de AA com as demais equipes. Elas foram organizadas de acordo com o horário de atendimento para serem referências umas das outras em horários que determinada equipe não estivesse em consulta, e se revezam na escala para sempre ter disponível um médico e/ou enfermeiro em consulta. Os casos mais complexos eram sempre compartilhados com a equipe de referência.

Durante as reuniões entre os profissionais, foram estipulados planos para contingências em diferentes situações: mudanças estruturais na agenda, férias, licenças, ausências dos profissionais, questões sazonais (como horário de verão ou períodos chuvosos) e variações na procura por serviços devido a doenças sazonais. Como resultado, as agendas se tornaram dinâmicas, baseadas nas necessidades de saúde da população e com uma gestão racional da demanda e dos riscos populacionais.

Os atendimentos passaram a ser oferecidos de forma livre e dentro do horário de atendimento dos profissionais, que gerenciam suas agendas e atendimentos diários. Isso permitiu que os usuários fossem atendidos em horários diferentes, de acordo com as necessidades singulares de cada um. Ademais, houve redução expressiva na procura por serviços de urgência e emergência (AMA e UPA referências no território) de usuários cadastrados na Unidade – 34%, de 2016 a 2018 –, que se relaciona com a mudança de acesso ao serviço.

Após alguns meses da implementação do AA, percebeu-se que as demandas burocráticas, como renovação de receitas; confecção de relatórios de dispensação de insumos ou de benefícios sociais; e resultados de exames sem alterações, consumiam um grande

tempo do atendimento dos médicos e dos enfermeiros. Em reuniões com a equipe, foram traçadas diversas estratégias para retirar essas demandas dos horários de atendimentos e criaram-se grupos resolutivos por equipe em que, uma vez por semana, médico e enfermeiro convocam os usuários com essas demandas, e juntos atendem de forma mais rápida e resolutiva mais usuários em menor tempo.

O uso de recursos tecnológicos, como o prontuário eletrônico em que as pessoas são cadastradas na recepção, favoreceu a comunicação e a gestão da agenda, bem como a segurança do usuário; porém, a ausência deste recurso não foi um impeditivo para a implementação do AA, pois em 2016 não havia sido instituído o prontuário eletrônico nesta unidade e, para ajudar na comunicação, naquele primeiro momento foi utilizado um aplicativo do Google® – o *Hangouts* – pelas equipes, recepção, gerência e farmácia para tratar de questões administrativas.

Foi necessário revisar a estrutura física da unidade, a fim de aproximar os consultórios dos profissionais da mesma equipe e da equipe de referência, durante os atendimentos. Essa mudança contribuiu para a discussão dos casos, quando necessário. Além disso, todos os consultórios foram organizados e abastecidos com equipamentos e insumos padronizados, de forma a atender a qualquer fase da vida e possibilitar a realização de diversos procedimentos, o que otimizou o tempo de atendimento e facilitou a resolução dos casos.

Os momentos de reunião com as equipes, também proporcionaram muitas reflexões e questionamentos acerca do papel de cada profissional no serviço e de quem seriam os profissionais mais adequados para atender da melhor forma determinada demanda de saúde. Com isso, o foco dessa nova organização do serviço, a partir da implementação do AA, passou a ser multiprofissional, ressaltando a importância de cada categoria profissional no cuidado das pessoas.

Quando os usuários procuravam o serviço para solicitar atendimento, eram informados que seriam atendidos pela equipe

de referência, podendo ser com o médico ou com o enfermeiro. Os profissionais recebiam aleatoriamente os usuários para atendimento e, quando necessário, realizam interconsulta. Esta, foi uma das ferramentas que passou a ser utilizada e estudada pelas equipes para facilitar o acesso e compor o cuidado prestado às pessoas de maneira mais resolutiva e dinâmica, possibilitando a troca de saberes e compartilhamento da responsabilidade sobre os casos (FARIAS; FAJARDO, 2015).

Alguns meses após a implementação da agenda, foram identificadas fragilidades em relação ao manejo clínico do enfermeiro, pois, antes das mudanças estabelecidas, eles atendiam apenas a determinadas demandas divididas em ciclos de vida, por exemplo: consultas de pré-natal, puericultura, consulta de saúde da mulher com foco no procedimento do Papanicolau. No modelo anterior, os enfermeiros eram escalados diariamente para fazer uma escuta inicial e identificar o risco em saúde dos usuários, encaminhando-as, na maioria dos casos, para o médico que estivesse na referência no acolhimento. Ambos os profissionais se baseavam, em grande parte, apenas nas queixas pontuais e agudas.

Desse modo, foi importante repensar o papel do enfermeiro dentro desse novo modelo de acesso, para o desenvolvimento de uma prática clínica ampliada, qualificada para além dos protocolos da prefeitura municipal de São Paulo e que estivesse dentro de suas competências legais. Com esse objetivo foram realizadas oficinas de trabalho, como estratégia de educação permanente, para discussão de casos com a equipe assistencial e para a adoção de práticas em busca das melhores evidências científicas.

A equipe também desenvolveu normas e protocolos internos que apoiaram a prática do exercício profissional e da organização do processo de trabalho das equipes. Os enfermeiros sentiram-se mais seguros e preparados pelas oficinas realizadas, pelos protocolos desenvolvidos e nas consultas compartilhadas com diferentes profissionais. Concomitante a isso, percebeu-se a necessidade de capacitar também os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Assim, foram desenvolvidas

oficinas de trabalho para esses profissionais, possibilitando a reflexão sobre seus papéis no AA e a qualificação das suas práticas. Da mesma forma, os médicos também foram capacitados para a realização de procedimentos no âmbito da APS, potencializando o seu papel, aumentando sua resolutividade e a integralidade do cuidado ao usuário.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) adotou o novo modelo de flexibilização da agenda, com mais consultas do dia do que agendadas, o que favoreceu a disponibilidade destes profissionais para atender às necessidades das equipes e dos usuários no dia em que os procuravam, deixando de ser apenas apoio matricial em períodos agendados.

Sendo assim, todo este processo de implantação do modelo de AA requereu da equipe e, principalmente, da liderança local: conhecimento teórico, habilidade de negociação, recursos tecnológicos, motivação para a mudança e recursos humanos disponíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da experiência da implantação do AA para qualificação do acesso à saúde nesta UBS apresentada neste capítulo, foi possível concluir que a implementação dessa estratégia pode contribuir significativamente para a melhoria do cuidado em saúde. A partir do AA, os usuários têm a possibilidade de receber atendimento mais rápido e eficiente, o que pode levar a uma redução dos custos com a saúde e, conseqüentemente, a uma melhoria na qualidade de vida da população.

Além disso, a estratégia pode ajudar a desafogar as emergências hospitalares, que muitas vezes recebem usuários que poderiam ser atendidos na APS. Dessa forma, é essencial que os gestores públicos e os profissionais de saúde estejam empenhados em implementar e aprimorar o AA, a fim de garantir uma assistência à saúde mais justa e equitativa para todos.

REFERÊNCIAS

BRETON, Mylaine et al. Revising the advanced access model pillars: a multimethod study. **CMAJ Open**. Sep 6:10 (3): E799-E806, 2022.

CASTRO, Denise Maria Campos de Lima. **Percepção dos coordenadores sobre a implementação do modelo de acesso avançado** [Dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Mestrado em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS. 92 p., 2021.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos et al. **O acesso avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, n. 42, 2020.

FARIAS, Gabriely Buratto; FAJARDO, Ananyr Porto. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Gestão & Saúde**, p. 2075-2093, 2015.

MURRAY, Mark; BERWICK, Donald. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 8, p. 1035–1040, 2003.

MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family practice management**, v. 7, n. 8, p. 45–50, 2000.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Estratégias colaborativas para implementação de acesso avançado: uma revisão de escopo. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 27, n. 296, p. 185-213, 2023.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Acesso avançado na prática: guia com estratégias colaborativas para implantação do modelo. São Paulo: EE/USP, 2023.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

¹ Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São Paulo - EPM (UNIFESP - EPM), Especialista em Saúde da Família, pela mesma universidade (UNIFESP- EPM). Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (MPAPS- EEUSP), Pós-graduanda em MBA de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (POLI - USP), Gerente de Unidade Básica de Saúde-SP, Hospital Israelita Albert Einstein / Prefeitura Municipal de São Paulo, <http://lattes.cnpq.br/8266030205384926>

² Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

³ Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no programa Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, <http://lattes.cnpq.br/1817703149879658>

⁴ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

CAPÍTULO 12

ACESSO E ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR O DIREITO À SAÚDE*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Daniela Silva Campos²

Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek³

Lislaine Aparecida Fracolli⁴

Lidiane Cristina da Silva Roberto⁵

Natiane Nascimento de Oliveira⁶

Tatiane Aparecida Caribé de Melo⁷

Aidenia Pereira Correia Campos⁸

Mara Milvia Pontes Melo Resende⁹

Roberta Lopes de Abreu¹⁰

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada por atributos fundamentais, tais como o acesso de primeiro contato, a continuidade do cuidado, a abordagem integral, a coordenação dos serviços, a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002). O acesso aos cuidados de saúde e aos serviços de saúde é um processo complexo e multidimensional que depende da capacidade do sistema de saúde em oferecer serviços que atendam às necessidades de assistência da população (DOMINGUES *et al.*, 2020).

Neste contexto, Lima e colaboradores (2018) defendem que o acesso à saúde pode ser analisado a partir das características individuais dos usuários, das características dos serviços de saúde

* <https://www.doi.org/10.51795/9786526505793167181>

ou por meio da relação entre os pacientes usuários e os serviços de saúde. Sendo assim, é importante avaliar a correspondência entre as necessidades de assistência da população e a capacidade dos serviços de saúde para atender a essas necessidades, a fim de garantir que todas as pessoas tenham acesso justo e completo aos serviços e ações de saúde.

Desta forma, o acesso e a acessibilidade são fundamentais para garantir a qualidade da APS. No entanto, estes termos são comumente confundidos, resultando em seu uso inadequado. O acesso refere-se à disponibilidade dos serviços de saúde e à facilidade de utilizá-los, enquanto a acessibilidade diz respeito à capacidade das pessoas de utilizar esses serviços, considerando suas necessidades individuais (MENDES, 2019).

Neste sentido, Mendes (2013) alerta que os elementos que afetam o acesso aos serviços de saúde podem ser organizacionais, incluindo recursos que ajudam ou dificultam o acesso; e geográficos, tais como a distância e o tempo necessário para chegar aos serviços. Outros fatores incluem horários de funcionamento, flexibilidade para consultas não agendadas e a percepção da população sobre a conveniência desses aspectos.

Nesta perspectiva, Mendes (2013) corrobora que existem diversos fatores que podem influenciar o uso dos serviços de saúde, incluindo os determinantes sociais, atitudes e conhecimentos dos usuários, localização geográfica das unidades de saúde e a relação interpessoal entre a população e os profissionais da APS. O último fator é subjetivo, pois se relaciona ao nível de satisfação ou insatisfação dos usuários com o atendimento recebido.

Sob este ponto de vista, Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) descrevem que a avaliação da satisfação dos usuários é essencial para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e está relacionada à dimensão da aceitabilidade. No entanto, medir a aceitabilidade é desafiador, pois depende da percepção dos usuários em relação aos serviços prestados e da disposição dos profissionais em atendê-los. Esta também é influenciada pela acessibilidade, que se refere à

localização dos serviços em relação aos usuários e aos recursos de transporte disponíveis.

Ainda segundo estes autores, estudos apontam que a satisfação dos usuários com os serviços de saúde não se relaciona somente com a efetividade do tratamento, mas também com o reconhecimento de suas necessidades e a percepção de que isso pode impactar positivamente na qualidade de vida da população, favorecendo a adesão aos cuidados, a continuidade no uso dos serviços de saúde e assim, que este possa garantir o seu direito à saúde.

Outrossim, o direito à saúde foi estabelecido na Constituição Federal, no artigo 196, e é protegido e garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei nº 8.080/90 (GIOVANELLA *et al.*, 2019). O SUS foi resultado de um processo de universalização da atenção à saúde, liderado pelo Movimento de Reforma Sanitária, que se caracteriza por um sistema público de saúde, com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

O SUS representa uma visão universalista do direito à saúde, que se reflete em princípios (valores), diretrizes (políticas e organizacionais) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que orientam e definem o rumo das ações governamentais na área de saúde. Ele é composto por um conjunto de ações e serviços de saúde, oferecidos por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, tanto na administração direta quanto indireta, bem como em fundações mantidas pelo Poder Público afim de instituir o direito à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

É importante destacar, que o direito à saúde é um dos direitos sociais que se baseiam no valor da igualdade entre as pessoas (ARTIFON, 2018). Cardoso e colaboradores alertam para a necessidade de proteger e lutar pelo direito à saúde pública e gratuita como um bem fundamental para toda a população:

O direito à saúde pública, gratuita e de qualidade, conquistado no texto constitucional, precisou ser defendido desde que instituído, através de articulação política e social, para que fosse assegurado em

face das investidas neoliberais de cortes financeiros, sucateamento e privatização. Hoje, mais do que nunca, essa defesa precisa ser enfática e vigilante, haja vista as reformas que vêm ocorrendo na concepção de universalidade nos sistemas de saúde mundiais e, conseqüentemente, o avanço histórico do desmonte do SUS pelo governo federal (CARDOSO *et al.*, p. 4, 2023).

Com base nestes argumentos, este capítulo refletiu acerca dos desafios e estratégias que podem ser empregados para o acesso à saúde afim de garantir o direito à saúde. No entanto, admite-se que estes desafios estão relacionados à desigualdade social e à falta de investimentos na saúde pública. Contudo, há diversas estratégias que podem ser empregadas como a implementação de políticas públicas de saúde mais efetivas, a melhoria da infraestrutura e do atendimento nas unidades de saúde, a promoção da educação em saúde e a valorização dos profissionais que atuam na APS.

DESENVOLVIMENTO

De acordo com Oliveira *et al.* (2023), embora o direito à saúde seja universal, muitos cidadãos brasileiros ainda enfrentam obstáculos para obter acesso e receber atendimento adequado. Neste sentido, é preciso conhecer os desafios no acesso à saúde que precisam ser superados para garantir o direito à saúde da população.

Os desafios para garantir o direito à saúde são diversos, e incluem a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde em todas as regiões do país, reduzindo as desigualdades regionais (STOPA *et al.*, 2017; CAMBOTA; ROCHA, 2015). A desigualdade regional é um dos principais fatores que limitam o acesso à saúde (ANTUNE; NARVAIS, 2010), uma vez que, muitas regiões do país têm dificuldade em oferecer serviços de qualidade, com falta de equipamentos e profissionais de saúde capacitados.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a região do Brasil com a menor cobertura da APS é a região Norte. Em 2019, a região apresentou uma cobertura de apenas 37,6%, o que significa

que menos da metade da população da região tem acesso aos serviços de APS (BRASIL, 2020). Esse baixo índice de cobertura, pode ser atribuído a diversos fatores, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em regiões remotas e a falta de profissionais de saúde capacitados.

Para enfrentar esse desafio, é necessário que o Estado invista na ampliação da rede de serviços de saúde na região Norte, além de incentivar a formação e capacitação de profissionais de saúde locais (GARNELLO *et al.*, 2018). Dessa forma, a ampliação do acesso aos serviços de saúde pode contribuir não apenas para a melhoria da saúde da população, mas também para a redução das desigualdades regionais, já que a oferta de serviços de qualidade pode atrair investimentos e promover o desenvolvimento econômico das regiões mais vulneráveis.

Ademais, aumentar o financiamento da saúde pública, a fim de garantir recursos suficientes para a realização de serviços de qualidade e para aquisição de equipamentos e materiais necessários é totalmente urgente. Para que a APS possa cumprir com suas funções, é preciso que haja um investimento adequado em sua estrutura e em seus profissionais. Isso inclui a contratação de profissionais capacitados, bem como a construção e a manutenção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) em todas as regiões do país.

Infelizmente, a falta de financiamento é um dos principais desafios enfrentados pelo sistema público de saúde no Brasil (PAIM, 2018). Em muitos casos, os recursos disponíveis são insuficientes para cobrir as despesas básicas, o que acaba comprometendo a qualidade e a efetividade dos serviços oferecidos à população (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018). Estes estudiosos, ampliam esta discussão no tocante ao investimento na formação e capacitação de profissionais de saúde. Isso porque, a APS requer uma equipe multidisciplinar e qualificada, composta por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais, que trabalhem de forma integrada e coordenada.

Contudo, a formação e a capacitação desses profissionais, devem contemplar não apenas conhecimentos técnicos e científicos, mas também habilidades interpessoais e de comunicação, visando uma abordagem humanizada e centrada nas necessidades do usuário (OLIVEIRA *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2021). Além disso, a capacitação deve contemplar a atualização constante sobre as melhores práticas em saúde e ações de prevenção e promoção à saúde.

É importante ressaltar que o investimento na formação e capacitação de profissionais de saúde não se limita apenas a treinamentos e cursos, mas também à valorização desses profissionais por meio de condições adequadas de trabalho, remuneração justa e perspectivas de carreira (VIEGAS, 2020; CORTEZ, 2018). Dessa forma, é possível garantir a retenção e a atração de profissionais qualificados para a APS, fortalecendo o sistema público de saúde como um todo e assim promovendo a longitudinalidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Outro importante desafio, diz a respeito ao fortalecer do SUS através da participação social na gestão, ampliando a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Neste sentido, torna-se necessário aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde (SILVA, 2011), com adoção de medidas para melhorar a qualidade e eficiência dos serviços prestados. Outrossim, conforme defendem MASSUDA *et al.* (2021), é imprescindível combater a corrupção e o desperdício de recursos na área da saúde, assegurando o uso adequado e eficiente dos recursos públicos.

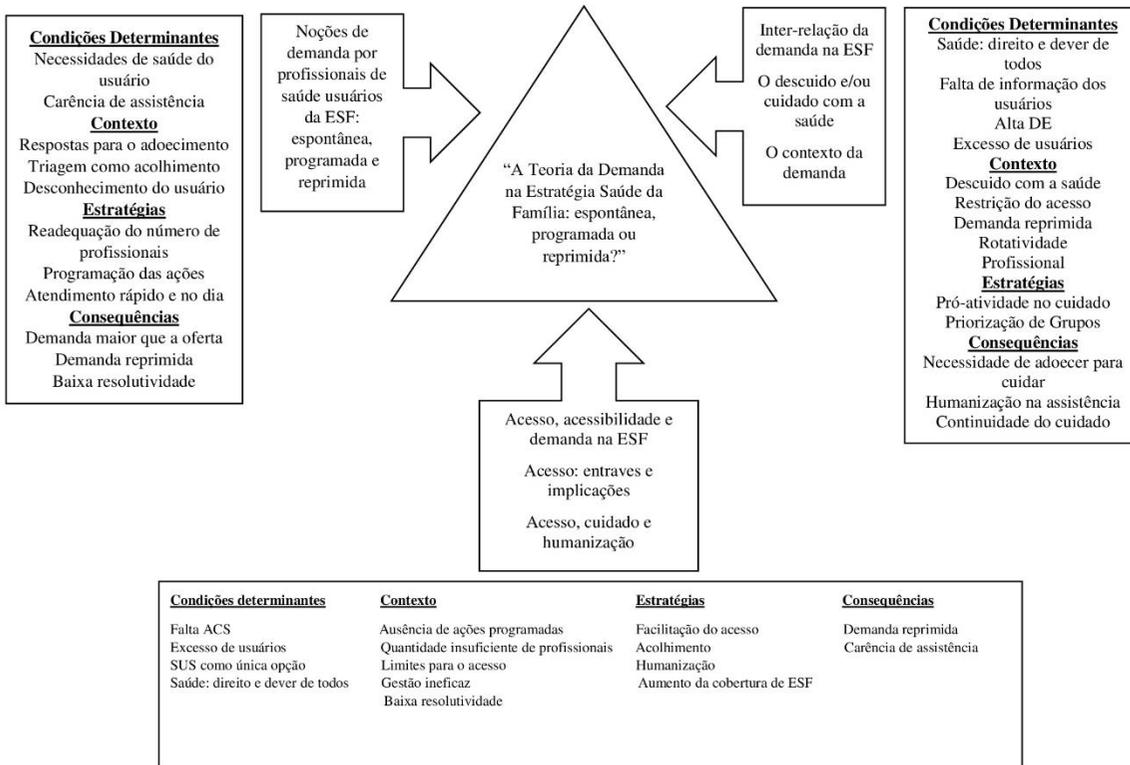
Sendo assim, as estratégias para superar esses desafios incluem ações de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2000; AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012). Para que os serviços de saúde sejam efetivos, é necessário que estejam disponíveis e acessíveis a toda a população, independentemente de suas limitações físicas, cognitivas e culturais.

A acessibilidade pode então ser definida como a capacidade de as pessoas usarem e acessarem serviços, equipamentos e instalações com segurança e autonomia, de forma adequada às suas necessidades individuais. Na APS, isso significa que os serviços de saúde devem estar adaptados às necessidades específicas de cada pessoa, levando em consideração suas limitações e particularidades (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Por exemplo, um usuário com deficiência visual deve ter acesso a materiais em braile, outro com deficiência auditiva deve ter acesso a intérpretes de língua de sinais. Da mesma forma que o usuário com dificuldades cognitivas pode precisar de explicações mais claras e simples sobre seu tratamento, enquanto um outro com limitações físicas pode precisar de equipamentos especiais para facilitar sua locomoção.

Por outro lado, de acordo com Chávez et al. (2020), as dificuldades enfrentadas pelas equipes da ESF ficam evidentes devido às demandas cotidianas e à baixa resolutividade, bem como à escassez de ações programadas. Estes defendem que é importante que a ESF trabalhe com ações de acolhimento e humanização, ampliando a cobertura populacional e promovendo a acessibilidade a fim de melhorar o acesso e a resolutividade. É comum que tanto os usuários quanto os profissionais expressem frustração, angústia e insatisfação diante da falta de recursos e baixa resolutividade.

Estes alertam ainda, que a ESF trabalha com uma lógica de atenção curativa, o que gera muitos desafios, como recursos insuficientes e elevada demanda reprimida. Para enfrentar esses desafios, é necessário que profissionais de saúde, usuários e gestores trabalhem juntos na busca por estratégias colaborativas. Tais argumentos, são representados na Figura 1 a partir do que estes chamam de “Teoria da Demanda da ESF”. Esta teoria, possibilita a compreensão das visões e dinâmicas de acesso, acessibilidade, demanda e assistência à saúde no cotidiano da ESF e nos serviços encaminhados, tanto pelos profissionais quanto pelos usuários.

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



FONTE: CHAVÉZ *et al.*, 2020.

Além disso, é importante considerar as diferentes culturas e costumes da população atendida (LIMA *et al.*, 2016). Isso inclui oferecer serviços em diferentes idiomas, respeito as crenças religiosas e tradições culturais dos pacientes, e levar em consideração as diferenças socioeconômicas.

Assim também, é fundamental garantir uma articulação efetiva entre os diferentes setores governamentais, visando a integração das políticas de saúde com outras áreas, como educação, saneamento básico e habitação, entre outras. Neste sentido é que Sueli Nascimento (2010) amplia esta discussão:

A interface, intersetorialidade, articulação entre as políticas passa então a ser um tema importante para essa pesquisa, já que as políticas setoriais por si só não solucionam tudo e necessitam se comunicar para identificar as necessidades da população e os benefícios que pode ou não oferecer. Neste sentido, a intersetorialidade na gestão pública significa adotar uma decisão racional no processo de gestão, cuja aplicação pode ser positiva ou não (NASCIMENTO, p. 99-100, 2010).

Ao considerar as políticas de saúde como políticas sociais, uma das consequências imediatas é entender que a saúde é um direito inerente à condição de cidadania. A plena participação dos indivíduos na sociedade política, acontece a partir da sua inserção como cidadãos. Isso ocorre, porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que garantem o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. É importante destacar que dependendo da modalidade de proteção social adotada por um país, diferentes condições políticas são implicadas, e em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de “caridade”, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da diminuição das disparidades sociais e da melhoria das condições de vida das populações, seria desejável que a sociedade e o Estado reconhecessem o direito à saúde como um direito social, a ser assegurado por meio de políticas econômicas e sociais que promovessem iguais oportunidades para a garantia do acesso.

Para garantir o acesso à APS, é necessário que haja uma rede de serviços de saúde bem estruturada, que ofereça atendimento de qualidade e que esteja próxima da população. Além disso, é importante que os serviços de saúde estejam disponíveis em horários compatíveis com a rotina da população, ofereçam atendimento sem agendamento prévio e disponham de transporte público acessível para chegar até as unidades de saúde. É preciso também que haja um sistema de marcação de consultas eficiente e que garanta o acesso aos serviços especializados, quando for necessário.

A acessibilidade na APS envolve a adequação dos serviços de saúde às necessidades individuais da população, considerando suas limitações físicas, cognitivas e culturais. Para isso, é importante que haja ações que garantam a acessibilidade arquitetônica, como rampas de acesso, corredores amplos e banheiros adaptados. Também é necessário que haja ações de promoção da acessibilidade comunicacional, como a disponibilização de intérpretes de Libras e de materiais informativos em formatos acessíveis.

Ademais, torna-se fundamental a formação da acessibilidade cultural, respeitando as diversidades étnicas, religiosas e de gênero da população. É importante que os profissionais de saúde tenham uma formação adequada para lidar com essas diversidades e possam oferecer um atendimento respeitoso e acolhedor.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 360-365, 2010.

ARTIFON, Ellen Carla de Almeida. Saúde: direito de todos e dever do estado. **FESPPR Publica**, v. 2, n. 2, p. 8, 2018.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, set 20, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2020.

CAMBOTA, Jacqueline Nogueira; ROCHA, Fabiana Fontes. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. **Pesquisa e planejamento econômico – PPE**, v. 45, n. 2, 2015.

CARDOSO, Danielly Santos dos Anjos et al. O direito à saúde, a universalidade e a proteção dos trabalhadores: desafios do sus na pandemia. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 35, p. 100-112, 2021.

CARVALHO, Maria de Fátima Cruz Correia et al. Avanços e desafios da formação e qualificação dos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde em alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

CHÁVEZ, Giannina Marcela et al. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

CORTEZ, Lyane Ramalho. **Fixação do médico na atenção primária à saúde: uma perspectiva a partir do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**. 2018. 242f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1029-1042, 2011.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

DUARTE, Elisete; EBLE, Laeticia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e00100018, 2018.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

GARNELO, Luiza et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, p. e00012219, 2019.

LIMA, Juliana Gagno et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 52-66, 2018.

LIMA, Juliana Gagno et al. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. **Novos Caminhos**, v. 12, p. 1-76, 2016.

MASSUDA, Adriano et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 19, p. 735-744, 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, p. 27-34, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. In: **Desafios do SUS**. p. 869-869. 2019.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, p. 95-120, 2010.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Revista brasileira de educação médica**, v. 40, p. 547-559, 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STOPA, Sheila Rizzato et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 3s, 2017.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Fundamentos da vigilância sanitária**, p. 49-60, 2000.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. Lâmpada que não se apaga: enfermagem em prol do reconhecimento social e valorização de seus profissionais. **HU Revista**, v. 46, p. 1-2, 2020.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. **Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed**, p. 88, 2009.

¹ Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

² Mestranda em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde pela EEUSP. Enfermeira especialista em Saúde Pública pela Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP e em Saúde Pública com Ênfase na Gestão da Atenção Básica em Saúde pelo Núcleo de Administração em Saúde da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. <http://lattes.cnpq.br/1858824157839063>

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único em Saúde, <http://lattes.cnpq.br/3419379505411099>

⁴ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

⁵ Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP/USP, Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva e da Família pela UNICAMP, <http://lattes.cnpq.br/8610599944252394>

⁶ Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9750343618339003>

⁷ Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <https://lattes.cnpq.br/7001419330090168>

- ⁸ Mestranda em Enfermagem pelo programa de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/2929765926806401>
- ⁹ Enfermeira - Mestranda da Fiocruz: Mestrado em Saúde da Família Local de atuação: Gerência do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do município de Crateús-CE, <http://lattes.cnpq.br/1251197950888501>
- ¹⁰ Mestranda em Profissional de Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Apoiadora Institucional dos Programas da Atenção Primária em Itabuna-BA e enfermeira obstetra no Hospital Manoel Novaes, <http://lattes.cnpq.br/3743178844701519>

SOBRE OS AUTORES



Alana de Jesus Senna

Especialista em Educação Infantil (UESC),
Graduada em Pedagogia (UESC), Coordenadora
Pedagógica da Rede Municipal de Educação em
Coaraci, Coordenadora Pedagógica da Rede
Estadual de Educação da Bahia em Coaraci,
<http://lattes.cnpq.br/8638326019962324>
E-mail: alanajesussenna@gmail.com



Aidenia Pereira Correia Campos

Mestranda em Enfermagem pelo programa de
Mestrado Profissional de Enfermagem da
Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC,
<http://lattes.cnpq.br/2929765926806401>
E-mail: nana.enfe@hotmail.com



Alfredo Almeida Pina-Oliveira

Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo (EEUSP-SP). Professor
Doutor do Departamento de Enfermagem em Saúde
Coletiva (ENS) da EEUSP-SP,
<http://lattes.cnpq.br/5159190517984235>.
E-mail: alfredopina@usp.br



Ana Marília Viana Utim

Farmacêutica licenciada em química, pela faculdade Estácio de Sá e professora acadêmica,
<https://lattes.cnpq.br/8066300078791575>.
E-mail: anamariliavianautim@hotmail.com



Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único em Saúde,
<http://lattes.cnpq.br/3419379505411099>
E-mail: gryscek@usp.br



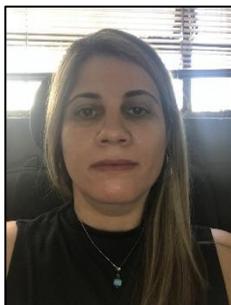
Bárbara Braga Orsine Silva Moreira

Mestranda profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Sul da Bahia(UFSB), Apoiadora Institucional dos Programas na Atenção Primária, <http://lattes.cnpq.br/7236252802554447>
E-mail: barbaraorsine@hotmail.com



Daniela Cristina Geraldo

Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no programa Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde,
<http://lattes.cnpq.br/1817703149879658>
E-mail: daniela.crisg@usp.br



Daniela Silva Campos

Mestra em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde pela EEUSP. Especialista em Saúde Pública pela Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP e em Saúde Pública com Ênfase na Gestão da Atenção Básica em Saúde pelo Núcleo de Administração em Saúde da UNIFESP, <http://lattes.cnpq.br/1858824157839063>
E-mail: danyaguanil@gmail.com



Denise Maria Campos de Lima Castro

Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (MPAPS- EEUSP) Gerente de Unidade Básica de Saúde -SP, Hospital Israelita Albert Einstein / Prefeitura Municipal de São Paulo, <http://lattes.cnpq.br/8266030205384926>
E-mail: denise.castro@einstein.br



Edmilson Alves dos Santos

Mestrando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), enfermeiro assistencial na Estratégia de Saúde da Família, <https://lattes.cnpq.br/4662464567537522>
E-mail: easantos.ppgenf@uesc.br



Fátima Madalena de Campos Lico

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Pós-doutoranda junto ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. <http://lattes.cnpq.br/0933667174652627>
E-mail: fatimalico@gmail.com



Gisleide Lima Silva

Doutoranda em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós graduação em Enfermagem e Saúde (UESB). Atualmente é Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC),
<https://lattes.cnpq.br/8678975490652156>
E-mail: glimasilva@uesc.br



Jerusa Costa dos Santos

Mestranda pelo programa de pós-graduação em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no SUS. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP.
<http://lattes.cnpq.br/8476135357717457>
E-mail: nursejerusa@gmail.com



João Felipe Tinto Silva

Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela Universidade Federal do Piauí – UFPI,
<http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>
E-mail: felipetinto99@gmail.com



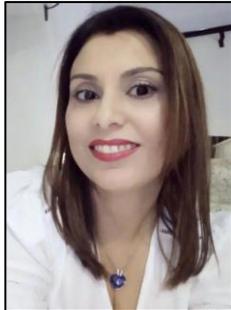
João Luis Almeida da Silva

Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor Adjunto do Dep. Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Coordenador do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem – UESC,
<http://lattes.cnpq.br/6161779442778632>
E-mail: jlasilva@uesc.br



Júlio César Novais Silva

Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC,
<http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>
E-mail: julio.c.novais@gmail.com



Keila Aparecida Silva

Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG,
<http://lattes.cnpq.br/8799464726195496>
E-mail: keila.silva@sou.unifal-mg.edu.br



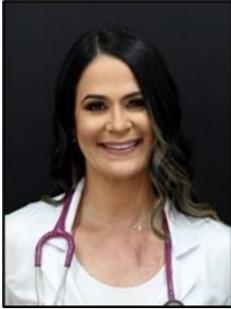
Jose Antônio Loyola Fogueira

Mestrando em Ensino e Relações Étnico-raciais pelo Programa de Mestrado Profissional em Ensino e Relações Étnico-raciais da Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB,
<http://lattes.cnpq.br/2121891343647450>
E-mail: loyhumanus2006@gmail.com



Laiza Gallo Farias

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI,
<http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>
E-mail: laizagfarias@hotmail.com



Larayne Gallo Farias Oliveira

Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP,
<http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>
E-mail: larayne@usp.br



Leticia Aparecida da Silva

Doutoranda em ciências da saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP,
<http://lattes.cnpq.br/2596662866634261>
E-mail: silva.leticia@gmail.com



Letícia de Oliveira Baliana

Enfermeira pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba.MG, Doutoranda em Atenção a Saúde – UFTM, Enfermeira da Prefeitura Municipal de Uberaba,
<http://lattes.cnpq.br/5174835399207704>
E-mail: letbaliana@hotmail.com



Lislaine Aparecida Fracoli

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem,
<http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>
E-mail: lislaine@usp.br



Lidiane Cristina da Silva Roberto

Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP/USP, Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva e da Família pela UNICAMP, <http://lattes.cnpq.br/8610599944252394>
E-mail: lidicristinaroberto@gmail.com



Mara Milvia Pontes Melo Resende

Enfermeira - Mestranda da Fiocruz: Mestrado em Saúde da Família Local de atuação: Gerência do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do município de Crateús-CE, <http://lattes.cnpq.br/1251197950888501>
E-mail: maramelclara@gmail.com



Marco Paulo Vaz Sampaio Ribeiro

Mestrando em Ciências e Sustentabilidade (PPGCS - UFESB) pela Universidade Federal do Sul da Bahia <http://lattes.cnpq.br/1648475257305238>
E-mail: marcopaulo.ribeiro@gfe.ufsb.edu.br



Myria Ribeiro da Silva

Doutora em Ciências (UNIFESP). Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Coordenadora do Laboratório de Infectologia do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Metodologias na Enfermagem da UESC, <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>
E-mail: mrsilva@uesc.br



Natiane Nascimento de Oliveira

Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC,
<http://lattes.cnpq.br/9750343618339003>
E-mail: natiane_oliveira@hotmail.com



Pã da Silva Lôpo

Mestrando em Ciências e Sustentabilidade PPGCS/UFSB, Pós-graduando em Direito médico e da saúde – Legale Educacional,
<http://lattes.cnpq.br/2325696638494627>
E-mail: pa.lopo@gfe.edu.ufsb.br



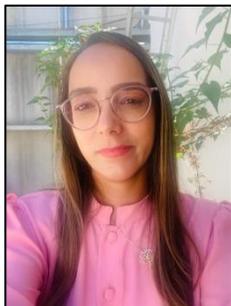
Prudence Secchin de Souza Vaz Sampaio Ribeiro

Mestranda em Ciências e Tecnologias Ambientais (PPGCTA/IFBA/UFSB) pela Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB,
<http://lattes.cnpq.br/5120742953506052>
E-mail: prudencesecchin@gfe.ufsb.edu.br



Richardson Lemos de Oliveira

Doutorando em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP),
<http://lattes.cnpq.br/4803706686488473>
E-mail: pesquisador.richardson@gmail.com



Roberta Lopes de Abreu

Mestranda em Profissional de Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Apoiadora Institucional dos Programas da Atenção Primária em Itabuna-BA e enfermeira obstetra no Hospital Manoel Novaes,
<http://lattes.cnpq.br/3743178844701519>
E-mail: robertal293@gmail.com



Silas Santos de Araújo

Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual da Bahia (UESB), Saúde Escolar pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e Especializando em Docência do Ensino Profissional e Tecnológico pelo Instituto Federal da Bahia (IFBA), <http://lattes.cnpq.br/3845624233441049>
E-mail: enf.silasaraujo@hotmail.com



Tatiane Aparecida Caribé de Melo

Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <https://lattes.cnpq.br/7001419330090168>
E-mail: tatianecaribe@yahoo.com.br



Thamires Mendes Peres

Especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Médica ESF Família e Comunidade no Hospital Israelita Albert Einstein, além de tutora da Residência Médica de MFC e instrutora do Internato de MFC da Faculdade de Medicina, <http://lattes.cnpq.br/6611627557343699>
E-mail: tmpthamy@hotmail.com



Thaynara Silva dos Anjos

Doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP,
<http://lattes.cnpq.br/7854897261723487>
E-mail: thaynaranjos@usp.br



Talitha Zileno Pereira

Mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde da Família PPGSF na Universidade Federal do Sul da Bahia, Médica Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,
<http://lattes.cnpq.br/0653676041791816>
E-mail: talithazileno@hotmail.com



Vanessa Franchin Galhardo

Mestra em Gestão e Saúde Coletiva, em 2023 na Universidade Estadual de Campinas – FOP UNICAMP. Piracicaba/SP. Especialista em Saúde Coletiva e da Família na Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba/SP. Odontóloga pelo Centro Universitário Hermínio Ometto. Atualmente está como Secretária Municipal de Saúde do município de Corumbataí,
<http://lattes.cnpq.br/3323935086932817>
E-mail: coord_saude@corumbatai.sp.gov.br



Vanessa Souto Paulo

Mestra em Gestão e Saúde Coletiva, em 2023 na Universidade Estadual de Campinas – FOP UNICAMP. Piracicaba/SP. Atualmente está como Secretária Municipal de Saúde do município de Corumbataí,

<http://lattes.cnpq.br/3323935086932817>

E-mail: coord_saude@corumbatai.sp.gov.br

SOBRE A ORGANIZADORA



Larayne Gallo Farias Oliveira

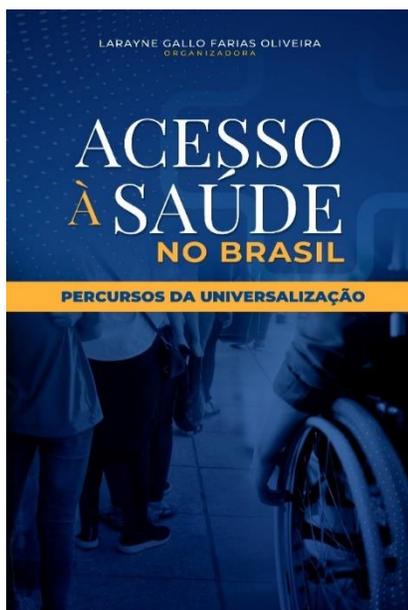
Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências em Itabuna-BA (2007), pós-graduação em Emergência pela Faculdade de Tecnologia e Ciências em Itabuna (2007), Auditoria em Sistemas de Saúde pela Faculdade Estácio de Sá (2013), Gestão em Saúde, pela Universidade Estadual de Santa Cruz (2016), e Saúde Coletiva pela UFSB (2019). Mestra em Ensino e Relações Étnico Raciais (PPGER) pela UFSB (2021), e Mestra em Enfermagem (PPGENF) pela UESC (2021). Atualmente, Doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós-graduação Interunidades em Enfermagem da USP (2021).

Larga experiência em CTI, Pronto Socorro, Coordenação de Enfermagem, Saúde Coletiva, PACS e Educação em Saúde. Experiência em docência de cursos de capacitação (EVOLUIR Consultoria e Treinamentos - PECURE Programa de Educação Continuada em Urgência e Emergência), Cursos Técnicos (ETEI /IEPROL), Graduação (FTC / UNIME) e Pós-graduação (FSB) na área de Enfermagem. Membro do Grupo Interdisciplinar de pesquisa em Fisiologia e Comportamento - GIFIC da UFSB. Membro do Grupo Modelos Tecno-Assistenciais e a Promoção da Saúde da EE-USP. Atua em pesquisas para o estudo da prática de Enfermagem em Saúde Coletiva atuando nos seguintes temas: Atenção Primária à Saúde, Acesso à Saúde, Educação Continuada para a formação e capacitação de recursos humanos para a Atenção Primária à Saúde e às populações vulneráveis, Tecnologias para educação em saúde, Produção e validação de conteúdos para a saúde. Bolsista CAPES/PROEX.

Mentora Acadêmica  @profa.larayne



SUGESTÃO DE LEITURA



OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias [org] **Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização** [recurso eletrônico] – 1.ed. – Curitiba - PR, Editora Bagai, 2023. Disponível em: <https://editorabagai.com.br/product/acesso-a-saude-no-brasil-percursos-da-universalizacao/>.



Todos os cidadãos brasileiros têm direito a receber atendimento de saúde adequado e gratuito, independentemente de sua condição social, econômica, gênero, raça ou etnia. Este livro é uma iniciativa inédita no Brasil, busca trazer reflexões e apresentar estratégias para contribuir e promover o debate em torno do direito à saúde como um direito humano fundamental e universal.

ÍNDICE REMISSIVO

- Absenteísmo, 194
- Acesso, 6, 15, 17, 21, 23, 31, 39, 44, 80, 110, 126, 140, 141, 144, 155, 167, 168, 188, 190, 194, 195, 196, 199, 204, 210, 222, 223, 224, 240, 242
- Acesso à Saúde, 17, 240
- Acesso Avançado, 15, 21, 188, 190, 195, 196, 199, 204
- Acolhimento, 126, 127, 175, 180, 181, 182, 193, 195
- Acolhimento por Equipe, 126, 175, 181
- Agenda, 202, 204
- Agendamento, 155
- Atenção Básica, 46, 110, 181, 185, 193, 201, 222, 223, 225, 230
- Atenção Primária à Saúde, 1, 4, 6, 17, 19, 21, 23, 26, 35, 39, 41, 44, 50, 62, 64, 69, 82, 84, 88, 95, 104, 106, 108, 115, 126, 128, 129, 132, 142, 143, 144, 146, 155, 159, 167, 168, 172, 180, 181, 182, 184, 189, 192, 196, 197, 198, 210, 211, 212, 222, 223, 225, 229, 230, 240
- Breton, 200
- Constituição Federal, 47, 93, 214
- COVID-19, 7, 67, 69, 71, 73, 75, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 110, 133, 141, 169, 224
- Desafios, 6, 19, 39, 62, 84, 106, 127, 155, 224
- Desigualdades, 35, 39, 44, 144, 168
- Dificuldades, 106
- Estratégia de Saúde da Família, 54, 90, 112, 130, 185, 193, 197, 230
- Estratégias, 122, 168, 194, 210, 216
- Fracolli, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 26, 47, 67, 93, 115, 132, 146, 158, 172, 184, 190, 194, 198, 200, 212, 233
- Humanização, 175, 181
- Inovações, 143
- Longitudinalidade, 102, 106, 181, 223
- Melhoria, 110

Murray, 189, 199, 200

Oliveira, 6, 7, 8, 10, 12, 23, 26, 37, 47, 54, 64, 67, 93, 115, 125, 126, 132, 140, 141, 142, 146, 158, 159, 160, 172, 184, 190, 194, 198, 200, 212, 215, 228, 233, 235, 240

Oportunidades, 19

Pandemia, 86

Políticas, 44, 62, 127, 144, 222

Potencialidades, 166

Profissionais de Saúde, 41

Qualidade, 110, 223, 224

Qualificação, 126

Redes de Atenção à Saúde, 29, 126, 147, 148, 155

Serviços de Saúde, 44, 86, 144, 182, 193, 223

Sistema de Saúde, 62, 64, 108, 196

Sistema Único de Saúde, 15, 17, 26, 43, 44, 47, 58, 62, 64, 71, 80, 88, 93, 108, 117, 127, 128, 129, 132, 141, 146, 154, 160, 172, 175, 184, 194, 196, 211, 214, 222, 223, 224, 225, 230

Tecnologias, 88, 143, 156, 235, 240

Universalidade, 117, 128

Universalização, 17

Prepare-se para uma jornada reveladora através dos caminhos intrincados do “Acesso à Saúde” na Atenção Primária à Saúde. Este livro oferece uma visão abrangente e inspiradora sobre os desafios, perspectivas, soluções e oportunidades que nos esperam enquanto buscamos um sistema de saúde mais inclusivo e acessível para todos.

