

LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA  
ORGANIZADORA

# ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

**PERCURSOS DA UNIVERSALIZAÇÃO**



# ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

Percursos da Universalização





## AVALIAÇÃO, PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Bibliotecária responsável: Maria Alice Benevidez CRB-1/5889

Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização  
[recurso eletrônico] / [org.] Larayne Gallo Farias Oliveira.  
– 1.ed. – Curitiba - PR, Editora Bagai, 2023.

Recurso digital.  
Formato: e-book

Acesso em [www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)

ISBN: 978-65-5368-205-4

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à  
Saúde. 3. Acesso Universal aos Serviços de Saúde.  
I. Oliveira, Larayne Gallo Farias.

CDD 613

10-2023/25

Índice para catálogo sistemático:  
1. Saúde: Acesso; Serviços; 613

 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-205-4.18.03.23>

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da **Editora BAGAI** por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfílmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 [www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)

 /editorabagai

 /editorabagai

 [contato@editorabagai.com.br](mailto:contato@editorabagai.com.br)

Larayne Gallo Farias Oliveira  
Organizadora

# **ACESSO À SAÚDE NO BRASIL**

Percursos da Universalização



O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es). As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas de cada autor(es).

---

|  |  |
|--|--|
| <i>Editor-Chefe</i>                    | Cleber Bianchessi  |
| <i>Revisão</i>                         | Os autores   |
| <i>Diagramação e Adequação de Capa</i> | Brenner Silva  |
| <i>Capa</i>                            | Júlio César Novais Silva   |
| <i>Conselho Editorial</i>              | Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI<br>Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOCHAPECO<br>Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo – CESUPA<br>Dra. Andréia de Bem Machado – UFSC<br>Dra. Andressa Grazielle Brandt – IFC – UFSC<br>Dr. Antonio Xavier Tomo – UPM – MOÇAMBIQUE<br>Dra. Camila Cunico – UFPP<br>Dr. Carlos Alberto Ferreira – PORTUGAL<br>Dr. Carlos Luis Pereira – UFES<br>Dr. Claudino Borges – UNIPIAGET – CABO VERDE<br>Dr. Cledione Jacinto de Freitas – UFMS<br>Dra. Clélia Peretti – PUCPR<br>Dra. Daniela Mendes V da Silva – SEEDUCRJ<br>Dr. Deivid Alex dos Santos – UEL<br>Dra. Denise Rocha – UFU<br>Dra. Elnora Maria Gondim Machado Lima – UFPI<br>Dra. Elisângela Rosemeri Martins – UESC<br>Dr. Ernane Rosa Martins – IFG<br>Dra. Flavia Gaze Bonfim – UFF<br>Dr. Francisco Javier Cortazar Rodriguez - Universidad Guadalajara – MÉXICO<br>Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes – UENP<br>Dr. Hélder Rodrigues Maiunga – ISCED-HUILA - ANGOLA<br>Dr. Helio Rosa Camilo – UFAC<br>Dra. Helisamara Mota Guedes – UVFJM<br>Dr. Humberto Costa – UFPR<br>Dr. João Hilton Sayeg de Siqueira – PUC-SP<br>Dr. Jorge Carvalho Brandão – UFC<br>Dr. Jorge Henrique Gualandi – IFES<br>Dr. Juan Eligio López García – UCF-CUBA<br>Dr. Juan Martín Ceballos Almeraya – CUIM-MÉXICO<br>Dr. Juliano Milton Kruger – IFAM<br>Dra. Karina de Araújo Dias – SME/PMF<br>Dra. Larissa Warnavin – UNINTER<br>Dr. Lucas Lenin Resende de Assis – UFLA<br>Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ<br>Dr. Luiz M B Rocha Menezes – IFTM<br>Dr. Magno Alexon Bezerra Seabra – UFPP<br>Dr. Marciel Lohmann – UEL<br>Dr. Márcio de Oliveira – UFAM<br>Dr. Marcos A. da Silveira – UFPR<br>Dra. Maria Caridad Bestard González – UCF-CUBA<br>Dra. Maria Lucia Costa de Moura – UNIP<br>Dra. Marta Alexandra Gonçalves Nogueira – IPLEIRIA - PORTUGAL<br>Dra. Nadja Regina Sousa Magalhães – FOPPE-UFSC/UFPeI<br>Dra. Patricia de Oliveira – IF BAIANO<br>Dr. Porfírio Pinto – CIDH – PORTUGAL<br>Dr. Rogério Makino – UNEMAT<br>Dr. Reiner Hildebrandt-Stramann - Technische Universität Braunschweig - ALEMANHA<br>Dr. Reginaldo Peixoto – UEMS<br>Dr. Ricardo Cauica Ferreira – UNITEL – ANGOLA<br>Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO<br>Dra. Rozane Zaionz – SME/SEED<br>Dra. Sueli da Silva Aquino – FIPAR<br>Dr. Tiago Tendai Chingore – UNILICUNGO – MOÇAMBIQUE<br>Dr. Thiago Perez Bernardes de Moraes – UNIANDRÁDE/UK-ARGENTINA<br>Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández – UCLV e CUM – CUBA<br>Dra. Vanessa Freitag de Araújo – UEM<br>Dr. Willian Douglas Guilherme – UFT<br>Dr. Yoissell López Bestard- SEDUCRS |

## APRESENTAÇÃO

Os autores deste livro são profissionais das mais diversas áreas do saber, mas tem em comum dois pontos: a paixão pela vida acadêmica e o exercício da cidadania. Esse livro é escrito a várias mãos, sob o viés da análise acadêmica mas o tema central “**o acesso aos serviços de saúde**” foi fortemente influenciado pelo exercício de cidadania dos autores que ao elegerem esse tema central tentam contribuir para uma análise crítica e propositiva para a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

O livro emerge como resultado de um profundo esforço, derivado de uma pesquisa acadêmica pelo CNPq/DECIT, para reconhecer as possibilidades e limites da implementação de tecnologias que possam “melhorar a qualidade” do acesso aos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica brasileira.

Este “mergulho” na teoria e na prática do cotidiano dos serviços de saúde, dos profissionais e dos usuários, resultou na sensibilização dos autores para a redação desse livro. Assim, a intenção que a sequência dos capítulos traz é apontar diferentes aspectos envolvidos na proposição de modelos mais eficientes de acesso a serviços de saúde, numa tentativa de organizar múltiplas visões sobre um mesmo tema, formando assim um “caleidoscópio”. Também fica explícito na leitura dos capítulos um desejo dos autores em apresentar o modelo de Acesso Avançado (AA) como uma alternativa tecnológica potente para ampliar o acesso dos cidadãos aos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Os capítulos trazem textos de fácil compreensão, com linguagem objetiva, direta e acadêmica, fortemente influenciada pelas ciências da saúde na sua interface com as ciências sociais. Embora seja um livro com conteúdo mais acadêmico, os autores não são ingênuos e pontuam as questões políticas que muitas vezes obstaculizam os resultados técnicos.

Em resumo, é uma leitura que vai agradar acadêmicos, profissionais e cidadãos interessados em conhecer a problemática envolvida em se melhorar o acesso às ações e serviços de saúde na Atenção Básica brasileira.

Aproveitem a leitura!

Lislaine Aparecida Fracolli  
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da  
Escola de Enfermagem da USP

## PREFÁCIO

**Quem tem o direito à saúde no Brasil?** O acesso à saúde é um tema extremamente relevante e urgente no Brasil. O direito à saúde no Brasil é garantido a todos os cidadãos, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal forma de acesso à saúde no país e tem como objetivo assegurar o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços de saúde para toda a população brasileira.

Isto significa que todas as pessoas, que classificamos como usuários, independentemente de sua condição social, econômica, gênero, raça ou etnia, têm direito a receber atendimento de saúde adequado e de qualidade. Além disso, o SUS também é responsável por promover ações de prevenção de doenças, campanhas de vacinação e outras medidas para garantir a saúde da população. Neste sentido, é preciso uma abordagem holística e integrada que leve em conta não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores sociais e econômicos que afetam a saúde.

No entanto, apesar do direito à saúde ser universal, a realidade é que muitos brasileiros ainda enfrentam dificuldades para ter acesso e receber tratamento adequado. A falta de recursos, a má distribuição geográfica dos serviços de saúde e a escassez de profissionais capacitados são alguns dos desafios que afetam o acesso à saúde no Brasil.

Este livro buscou trazer reflexões e análises sobre o acesso à saúde no Brasil, trazendo diferentes perspectivas e experiências para ajudar a compreender os desafios e as possíveis soluções para esta questão tão importante para o desenvolvimento do país.

Ele nasceu inspirado no meu objeto de estudo “**Acesso Avançado**” ao qual estou mergulhando durante o meu **Doutorado em Ciências pelo Programa Interunidades de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)**. Minha caminhada no **Grupo de Pesquisa “Modelos tecno-assistenciais e a promoção da saúde”**, sob a coordenação de minha querida orientadora **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lislaine Fraccolli (Lis)**, me fez vislumbrar oportunidades de refletir o

acesso à saúde sob diversas perspectivas no sentido de encontrar soluções e promover a efetivação deste direito.

Neste sentido, este livro é uma **iniciativa inédita no Brasil**, com o propósito de possibilitar aos gestores em saúde, profissionais de saúde e os usuários do SUS a capacidade de refletir sobre a Universalidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Ao reunir diferentes perspectivas e experiências, o livro busca oferecer um panorama amplo e completo da situação da saúde no Brasil, apontando os desafios, as boas práticas e as possíveis soluções para garantir o acesso universal à saúde na APS.

Para os **gestores em saúde**, a obra pode ser uma importante ferramenta de planejamento e tomada de decisão, permitindo a identificação de problemas e a adoção de medidas eficazes para promover a efetivação do direito à saúde. Para os **profissionais de saúde**, o livro pode ser uma fonte de informação e atualização, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços de saúde. E para os **usuários do SUS**, o livro pode ser um instrumento de empoderamento, possibilitando uma melhor compreensão dos seus direitos e uma participação mais ativa na defesa da saúde como um direito universal.

No capítulo 1, trouxemos um “**Panorama do acesso à saúde no Brasil: desafios e potencialidades**” com dados sobre as desigualdades em saúde que estão presentes no país, o percurso histórico até o momento atual, as principais dificuldades de acesso e a apresentação do modelo de Acesso Avançado (AA) como a estratégia fundamental para garantir que a população tenha acesso a serviços de saúde. No capítulo 2 foi abordado o “**Agendamento na Atenção Primária à Saúde: o caminho para a universalidade**”. Nesta oportunidade, foi tratado o agendamento na APS como uma parte vital do sistema de saúde e à incorporação de tecnologias para sua otimização.

Em seguida, o capítulo 3 reflete sobre “**O desafio do acesso de primeiro contato para a Atenção Primária à Saúde**” identificando as principais estratégias para alcançar o acesso de primeiro contato na APS, considerando os desafios enfrentados pela demanda crescente e oferta limitada de profissionais de saúde. Nesta oportunidade, foram

apresentados modelos de organização do acesso à APS que vem sendo utilizados em países desenvolvidos.

Seguindo a ordem dos capítulos, foram abordados os capítulos: **“Desigualdades no acesso à saúde: um olhar sobre a população negra na Atenção Primária à Saúde”** (Capítulo 4) que discutiu os desafios de acesso que esta população enfrenta e o quanto racismo presente na sociedade brasileira alarga esta possibilidade de acesso. O capítulo 5 **“Acesso à saúde para pessoas com deficiência: desafios na atenção primária à saúde”** onde permeamos sobre os muitos desafios a serem superados na APS, incluindo barreiras físicas, preconceitos e estereótipos negativos, falta de capacitação da equipe de saúde e falta de recursos de acessibilidade. E o capítulo 6 **“Promovendo o acesso à saúde em grupos vulneráveis: o papel da Atenção Primária à Saúde”** que discorreu sobre o papel da APS na promoção do acesso à população em situação de rua, indígenas, quilombolas, população ribeirinha e população em privação de liberdade.

Na sequência, o capítulo 7 **“Acesso à saúde e suas especificidades de gênero”** discutiu sobre a falta de conhecimento e compreensão dos profissionais de saúde em relação à população com especificidades de gênero e suas necessidades específicas na APS que impedem a prestação de um atendimento de qualidade e humanizado.

A partir de então, este livro apresenta, sobre os modelos mais eficientes para o acesso aos serviços de saúde. Assim, o capítulo 8 apresenta a **“Gestão da oferta e demanda do acesso: Acolhimento por Equipe na Atenção Primária à Saúde”** refletindo sobre o Acolhimento por Equipe (AE) como ferramenta de gestão da oferta e demanda na APS, como estratégia de promoção de um cuidado mais abrangente e como norteadora dos atendimentos das necessidades expressas pelos usuários. Assim, permeou sobre o acolhimento por equipe como ferramenta de gestão da oferta e demanda na APS precursora ao Acesso Avançado (AA).

Ademais, no capítulo 9, **“Acesso Avançado: uma alternativa tecnológica potente para ampliar o acesso na Atenção Primária à Saúde”** as autoras apresentam o AA, como a estratégia de busca aprimorada para facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, trazendo consigo

uma série de vantagens, como a diminuição das filas de espera, a redução do absenteísmo, o aumento da satisfação dos usuários e a possibilidade de abordagem de condições crônicas e eventos agudos em um mesmo método de agendamento.

No capítulo 10, trouxemos algumas **“Estratégias de acolhimento para o acesso à saúde na Atenção Primária”** que são fundamentais para garantir um acesso mais efetivo e humanizado à saúde na APS, que inclui a utilização de equipes multiprofissionais, a oferta de serviços de saúde em horários mais flexíveis, e a criação de uma cultura organizacional de acolhimento integrado.

Por fim, no capítulo 11, **“Avanços e desafios do direito à saúde na atenção primária: uma análise crítica da realidade brasileira”** respondemos aos questionamentos sobre regulamentação do direito à saúde no Brasil, sobre as medidas que podem ser tomadas quando o direito à saúde for violado e assim identificar quais são as principais estratégias e desafios para garantir o acesso ao direito à saúde na APS.

Assim, o propósito deste livro é o de contribuir para o aprimoramento do sistema de saúde brasileiro, promovendo a reflexão e o debate em torno do direito à saúde como um direito humano fundamental e universal.

Expresso aqui minha gratidão ao meu Deus - minha maior inspiração, aos meus familiares (mãe muito obrigada pelos joelhos dobrados), ao meu marido Tarcísio e meus filhos Davi e Gabriel, à EE- EERP-USP, à CAPES, à Lis, ao Grupo de Pesquisa e a todos os pesquisadores (as) que contribuíram para que esta obra fosse criada. Certamente este livro será útil aos leitores, pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e aos usuários que desejam ver a efetiva Universalização.

Desejo a todos (as) uma boa leitura!

“AbraSUS”.

Larayne Gallo Farias Oliveira  
Programa Interunidades em Enfermagem pela  
Universidade de São Paulo (EE-EERP-USP)

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 1 - PANORAMA DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS E POTENCIALIDADES.....13**

Larayne Gallo Farias Oliveira | Lislaine Aparecida Fraccolli | Thaynara Silva dos Anjos |  
Laiza Gallo Farias | João Felipe Tinto Silva | Júlio César Novais Silva

## **CAPÍTULO 2 - AGENDAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O CAMINHO PARA A UNIVERSALIDADE .....25**

Larayne Gallo Farias Oliveira | Lislaine Aparecida Fraccolli | Júlio Cesar Novais Silva |  
Natiane Nascimento de Oliveira | Silas Santos de Araújo | Juliana Neves Ferreira

## **CAPÍTULO 3 - O DESAFIO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....35**

Denise Maria Campos de Lima Castro | Lislaine Aparecida Fraccolli |  
Larayne Gallo Farias Oliveira

## **CAPÍTULO 4 - DESIGUALDADES NO ACESSO À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A POPULAÇÃO NEGRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....47**

Larayne Gallo Farias Oliveira | Lislaine Aparecida Fraccolli | Isabele Pereira Nascimento |  
Rodrigo Eduardo Rocha Cardoso | Moema de Souza Báfica | Zenildo Santos Silva

## **CAPÍTULO 5 - ACESSO À SAÚDE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....57**

Larayne Gallo Farias Oliveira | Lislaine Aparecida Fraccolli | Vanessa Souto Paulo |  
Pã da Silva Lôpo | Prudence Secchin de Souza Vaz Sampaio Ribeiro | Carolina Castro Santos

## **CAPÍTULO 6 - PROMOVENDO O ACESSO À SAÚDE EM GRUPOS VULNERÁVEIS: O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....67**

Larayne Gallo Farias Oliveira | Lislaine Aparecida Fraccolli | João Luis Almeida da Silva |  
Jerusa Costa dos Santos | Caroline Guilherme | Adriana Rodrigues de Sousa

**CAPÍTULO 7 -  
ACESSO À SAÚDE E SUAS ESPECIFICIDADES DE GÊNERO .....79**

Jose Antônio Loyola Fogueira | Larayne Gallo Farias Oliveira | Gabriela Andrade da Silva

**CAPÍTULO 8 -  
GESTÃO DA OFERTA E DEMANDA DO ACESSO: ACOLHIMENTO POR  
EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....89**

Larayne Gallo Farias Oliveira | Thaynara Silva dos Anjos | Lislaine Aparecida Fraccolli

**CAPÍTULO 9 -  
ACESSO AVANÇADO: UMA ALTERNATIVA TECNOLÓGICA POTENTE  
PARA AMPLIAR O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....99**

Larayne Gallo Farias Oliveira | Lislaine Aparecida Fraccolli | Thaynara Silva dos Anjos |  
Jerusa Costa dos Santos | Daniela Cristina Geraldo | Denise Maria Campos de Lima Castro

**CAPÍTULO 10 -  
ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO PARA O ACESSO À SAÚDE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA .....109**

Larayne Gallo Farias Oliveira | Lislaine Aparecida Fraccolli | Laiza Gallo Farias |  
Myria Ribeiro da Silva | Silas Santos de Araújo | Patrícia Betyar Góes Santos

**CAPÍTULO 11 -  
AVANÇOS E DESAFIOS DO DIREITO À SAÚDE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA REALIDADE BRASILEIRA ..121**

Larayne Gallo Farias Oliveira | João Felipe Tinto | Lislaine Aparecida Fraccolli |  
Leticia Aparecida da Silva | Caroline Guilherme | Lidiane Cristina da Silva Roberto

**SOBRE OS AUTORES .....135**

**SOBRE A ORGANIZADORA.....141**

**ÍNDICE REMISSIVO.....142**

# CAPÍTULO 1 - PANORAMA DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>1</sup>

Lislaine Aparecida Fraccolli<sup>2</sup>

Thaynara Silva dos Anjos<sup>3</sup>

Laiza Gallo Farias<sup>4</sup>

João Felipe Tinto Silva<sup>5</sup>

Júlio César Novais Silva<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um direito fundamental e um desafio para o Brasil. Embora o país tenha uma das maiores redes de atendimento público de saúde do mundo, a qualidade do atendimento e a disponibilidade de recursos são desiguais em muitas regiões, especialmente nas áreas rurais e periféricas das grandes cidades. Além disso, a falta de investimento em saúde e em inovação tecnológica são fatores que prejudicam a eficiência e a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A desigualdade socioeconômica também afeta o acesso à saúde, já que os economicamente mais vulneráveis ou que vivem em regiões remotas, têm menos oportunidades, ou precisam percorrer grandes distâncias para acessar um serviço de saúde de qualidade, em especial, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, a falta de médicos e profissionais de saúde especializados em áreas remotas também impacta o acesso à saúde (VIEGAS *et al.* 2021).

As desigualdades em saúde são um tópico central de discussões envolvendo políticas públicas em nações ao redor do mundo. As desigualdades no acesso à saúde estão profundamente ligadas a cenários políticos nacionais e internacionais, políticas sociais e econômicas e fenômenos como globalização e o crescimento econômico (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Caracterizar o que significa acesso à saúde e criar um modelo para qualificar este acesso tem sido de grande interesse, pois tais aspectos são fundamentais para desenvolver planos e metas sustentáveis no setor de saúde (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023). Cabe lembrar que nos últimos anos muitas potencialidades para melhorar o acesso à saúde no Brasil tem sido apresentadas .

Estas reflexões tiveram início a partir da década de 1990, quando o Brasil passou por uma série de reformas e mudanças no sistema de saúde, incluindo a APS. Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que visava melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde na APS. O PSF tomou uma nova abordagem na assistência à saúde, com equipes multidisciplinares responsáveis por atender uma população específica em áreas definidas (MENDES, 2019).

A partir daí, houve uma expansão significativa da APS no país, com a implementação de novos processos de atenção e criação de programas complementares, como o Mais Médicos em 2013 e a Estratégia Saúde da Família em 1994 (MENDES, 2019). Estes programas tiveram como objetivo ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade, especialmente em áreas rurais e periféricas.

Rezende e colaboradores (2023) defendem que o SUS é uma das maiores iniciativas do país para garantir o acesso à saúde para todos. Outrossim, há um aumento no número de postos de saúde e hospitais, bem como uma crescente preocupação com a qualidade da atenção e a promoção de saúde.

De maneira geral, o panorama do acesso a serviços de saúde no Brasil é desafiador, mas há muitas potencialidades para melhorar a situação (MAGALHÃES, 2007). É importante que haja um compromisso contínuo dos gestores da saúde para garantir que todos tenham acesso a serviços de qualidade, superando os desafios enfrentados pelo SUS (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023). Diante destes pressupostos, este capítulo propôs a traçar uma narrativa panorâmica do acesso à saúde no Brasil, seus desafios e suas potencialidades.

## DESENVOLVIMENTO

O acesso à saúde é uma condição crítica no Brasil, e dados epidemiológicos indicam a necessidade de melhorias significativas requeridas pelo sistema de saúde. Existem desafios para garantir o acesso universal à APS no Brasil, como a falta de médicos e profissionais de saúde em algumas regiões, a falta de recursos financeiros e a complexidade do sistema de saúde. Apesar disso, a APS continua sendo vista como uma estratégia importante para garantir o acesso a saúde da população brasileira.

A APS é o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde e é responsável por identificar e resolver a maioria das necessidades de saúde da população. Um dos atributos essenciais da APS é o acesso de primeiro contato, ou seja, o acesso à atenção médica imediata e de qualidade (STARFIELD, 2002). De acordo com a autora, ele é importante porque permite que a população seja atendida de forma rápida e eficiente, evitando agravamento dos problemas de saúde e necessidade de internações e tratamentos mais complexos. Além disso, o acesso de primeiro contato promove o fortalecimento da relação médico-usuário e a confiança na equipe de saúde, o que aumenta a adesão às recomendações médicas e melhora os resultados de saúde da população.

Segundo Bárbara Starfield (2002), para garantir o acesso de primeiro contato, é necessário que exista uma estrutura de APS bem-organizada e com equipe multidisciplinar capacitada. Além disso, é importante garantir a disponibilidade de serviços de saúde de qualidade e acessíveis a todos, independentemente da renda e da localização geográfica.

Embora o país tenha um sistema de saúde amplo e gratuito, muitas pessoas ainda enfrentam barreiras para obter atendimento de qualidade. Alguns dos problemas incluem: Características geográficas do país, pois a disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde variam amplamente entre as regiões, com áreas urbanas tendo acesso a recursos e profissionais mais protegidos do que áreas rurais ou os chamados vazios demográficos. Outro problema é que há uma escassez crônica de profissionais de saúde em muitas regiões do país.

De acordo com o Estudo Institucional nº 8 que tratou da Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família (2023), em termos de cobertura de saúde, o Brasil tem uma taxa de cobertura de 89%, o que significa que 11% da população não tem acesso a serviços de saúde dessa natureza.

Conforme este relatório, os indicadores de mortalidade infantil e materna também apontam para desafios no acesso à saúde. A taxa de mortalidade infantil no Brasil é de 15 mortes por cada 1.000 nascimentos, enquanto a taxa de mortalidade materna é de 60 mortes por 100.000 nascimentos. Esses dados indicam que ainda há muito a ser feito para garantir a saúde e o bem-estar das mães e crianças no país. Além disso, o Brasil enfrenta desafios significativos na luta contra doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) que representam cerca de 70% das mortes no país, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares.

O relatório trata ainda sobre a desigualdade socioeconômica e sua relação com o acesso à saúde no Brasil. De acordo com dados, as regiões Nordeste e Norte têm as taxas mais baixas de cobertura de saúde, enquanto as regiões Sudeste e Sul têm taxas mais elevadas. Para mais, a população com renda mais baixa tem menos acesso a serviços de saúde de qualidade e maiores taxas de mortalidade infantil e materna.

O panorama que estes dados representam são de que o acesso à saúde no Brasil enfrenta desafios significativos, incluindo cobertura insuficiente, mortalidade infantil e materna elevada, e uma crescente prevalência de DCNTs. É importante que haja um compromisso contínuo para melhorar o acesso à saúde no Brasil e garantir que todos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade.

Embora o país tenha uma das maiores redes de atendimento público de saúde do mundo, a qualidade do atendimento e a disponibilidade de recursos são desiguais, especialmente nas áreas rurais e periféricas das grandes cidades. Além disso, a falta de investimento em saúde e a corrupção são fatores que prejudicam a eficiência e a efetividade do sistema de saúde (MAGALHÃES, 2007).

Outro fator importante é que aqueles com renda baixa ou que vivem em regiões remotas são especialmente prejudicados, já que têm

menos acesso a serviços de saúde privados ou têm que percorrer grandes distâncias para chegar a um hospital ou clínica (MALDONATO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Apesar desses desafios, os governos têm buscado melhorar o acesso à saúde, por meio de programas e a ampliação do número de unidades de saúde e hospitais. Além disso, há uma crescente preocupação com a qualidade da atenção à saúde e a promoção de práticas de saúde preventivas. No entanto, o acesso é uma questão complexa no tocante à garantia de que todos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade e algo precisa ser feito.

O modelo de Acesso Avançado (AA) na APS destaca-se como uma abordagem que busca melhorar a qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados na APS (MURRAY; TANTAU, 2000). É um método de organização de agenda a partir da proposta: “Faça o trabalho de hoje, hoje!”. Ele se concentra em tornar mais fácil para os usuários obterem acesso aos cuidados de saúde de que precisam, quando precisam, sem ter que esperar por horas ou dias por uma consulta.

De maneira geral, o modelo preconiza que o usuário seja atendido no mesmo dia ou em até 48 horas da sua necessidade de saúde. Isso é alcançado por meio de uma combinação de tecnologias, como triagem eletrônica de usuários, sistemas de agendamento eletrônico, telemedicina e outras inovações. O objetivo é garantir que os usuários recebam o tratamento certo, no momento certo, evitando assim a necessidade de atendimento hospitalar necessário (MURRAY; BERWICK, 2003).

No entanto, algumas dificuldades são enfrentadas nos estudos quanto à implementação do AA na APS que incluem:

- Falta de recursos financeiros: Implementar AA pode ser caro, especialmente na aquisição de tecnologias avançadas, treinamento de profissionais e infraestrutura necessária;
- Barreiras culturais: Muitas vezes, a cultura médica tradicional e a resistência a mudanças podem ser obstáculos para a implementação do AA;

- Falta de treinamento adequado: É importante que os profissionais de saúde tenham o treinamento necessário para implementar e usar tecnologias avançadas de forma eficaz;
- Integração com sistemas existentes: Pode ser desafiador integrar novos sistemas de AA com sistemas de saúde existentes, especialmente se eles não forem compatíveis;
- Questões de privacidade e segurança de dados: A implementação do AA pode exigir uma gestão cuidadosa de informações sensíveis dos usuários, incluindo questões de privacidade e segurança de dados.

Embora haja tais dificuldades, o modelo AA parece ser o mais promissor por reduzir a demanda reprimida de atendimentos, reduzir o absenteísmo, e assim, ampliar o acesso aos usuários para que o atendimento seja no momento mais oportuno, em geral, no mesmo dia (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023).

O estudo de Breton et al. (2022) no Canadá, revisou a proposta inicial de Murray e Tantau, e definiu cinco pilares do modelo de AA, utilizando uma abordagem multimetodológica:

1. Equilibrar oferta e demanda;
2. Reduzir a fila de consultas agendadas anteriormente;
3. Revisar o sistema de agendamento;
4. Integrar prática interprofissional;
5. Desenvolver planos de contingência.

Oliveira e Fracolli (2023) ilustraram estes pilares a partir do estudo de Breton et al. (2022) através de um infográfico que representa a necessidade de compreensão destes pilares com uma perspectiva cíclica. Esta estrutura justifica-se pela própria dinâmica da APS onde o território pode sofrer alterações, assim como as características dos usuários (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023).



FONTE: (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023)

Segundo Breton et al. (2022), o acesso é considerado a “pedra angular” de uma forte APS. Eles defendem neste sentido, uma maior acessibilidade ligada à continuidade relacional e informacional dos usuários com a equipe multidisciplinar. E destacam que o modelo de AA visa garantir que os usuários obtenham acesso a serviços de saúde em um momento e data convenientes para eles, independentemente da urgência da demanda.

Muitos países que implementaram AA em suas organizações e práticas expressaram a necessidade de compreender melhor o modelo adaptado em sua prática. Nesta perspectiva, mudanças nas práticas da APS exigem revisões no modelo de AA para adaptá-lo ao contexto contemporâneo (SOARES; JUNQUEIRA, 2022).

O estudo de Oliveira e Fracolli (2023) relata através de uma *scoping review* as estratégias colaborativas para implantação do modelo AA através

da organização dos fluxos, propostas de estruturação, organização ou implementação de práticas e ações estratégicas. Entre elas, destacam-se:

- reorganização das demandas de vacina;
- o estabelecimento das redes de cuidado nos serviços de atenção disponíveis para proporcionar acesso;
- a reorganização da agenda dos profissionais e a consulta compartilhada;
- a garantia da demanda aos usuários sintomáticos respiratórios pela COVID-19;
- o acesso à rede de referência e continuidade informacional;
- o estabelecimento de fluxo recepção-arquivo-consultório;
- os atendimentos de urgência e visitas devem ser mantidos mesmo na ausência do profissional responsável;
- a melhoria ao acesso dos cuidados primários em saúde através da parceria entre serviços da APS, comunidade e o hospital;
- *open access* (Acesso aberto);
- *book on the day* (as vagas de consultas vão sendo preenchidas por telefone, quando a capacidade diária total é atingida as pessoas são orientadas a ligarem no dia seguinte);
- *supersaturate* (consultas são agendadas de acordo com a demanda do usuário);
- *carve-out* (reserva uma parte de sua capacidade diária para consultas concernentes às questões agudas);
- padronização das agendas: inicialmente 50/50, ao final 75 para demanda espontânea e 25% para programadas;
- a ampliação da oferta de serviços;
- o acolhimento por equipe;
- sistema de cores que identifica o tipo de consulta: emergência, acompanhamento ou outras condições;
- atender a demanda do usuário da maneira que eles escolherem para acessar o serviço de saúde, seja por telefone ou pessoalmente;

- estimar na agenda horários para consultas o mesmo dia;
- adequar a capacidade à demanda.

Segundo Maldonato, Marques e Cruz (2016) a telemedicina também está se tornando uma ferramenta importante para ampliar o acesso à saúde, especialmente em áreas remotas onde a presença de médicos é limitada. Além disso, conforme destacam Oliveira e colaboradores (2022), o aumento da tecnologia e da informação está permitindo que as pessoas tenham mais informações e recursos para cuidar de sua saúde. A tecnologia da informação pode ser usada para melhorar a eficiência do sistema de saúde e facilitar o acesso à informação sobre saúde para a população.

É fundamental que haja o estabelecimento de políticas públicas que garantam o acesso à saúde de forma equitativa e acessível é fundamental para ampliar o acesso à saúde. Assim como o investimento em infraestrutura, a valorização dos profissionais de saúde para garantir que haja profissionais capacitados disponíveis e motivados para atender à população (MENDES, 2019). Outro destaque é a educação em saúde para a população pois esta é importante para promover hábitos saudáveis e prevenir doenças, além de aumentar a conscientização sobre a importância da saúde e do acesso à saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Todas estas ferramentas podem ser combinadas de forma a maximizar seus efeitos positivos e ampliar o acesso à saúde. No entanto, a autonomia da equipe multidisciplinar na APS é um aspecto fundamental para garantir uma atenção de qualidade aos usuários. Esta permite que os profissionais tomem decisões de forma independente, fomentem em seus conhecimentos e habilidades, e possam trabalhar de forma colaborativa para oferecer a melhor assistência possível aos usuários. Isso significa que eles podem identificar problemas de saúde e tomar decisões com base nas necessidades locais da sua população ou individuais de cada sujeito (MARCHI; SZTAJN, 2009). Desta forma estes profissionais mantêm uma atenção mais eficiente e resolutiva, pois eles podem trabalhar juntos para resolver questões simples e complexas de saúde.

## CONSIDERAÇÕES

O acesso à saúde no Brasil apresenta desafios complexos, como a falta de recursos financeiros, as características geográficas, a falta de profissionais capacitados, a falta de infraestrutura adequada. Entre outros. No entanto, existem também muitas potencialidades para melhorar a situação, como a implementação de políticas públicas eficientes, a utilização de tecnologias e processo de trabalho adequados na atenção básica e a valorização dos profissionais de saúde.

Para alcançar um panorama positivo no acesso à saúde no Brasil, é necessário o empenho de todos os setores da sociedade, investimento em soluções duradouras e inclusivas e principalmente a autonomia da equipe multiprofissional. Esta última pode ser considerada a mais importante ação para garantir uma atenção à saúde de qualidade, eficiente e integrada aos usuários, e para promover a colaboração entre profissionais de diferentes áreas da saúde.

O modelo AA na APS é hoje uma estratégia fundamental para garantir que a população tenha acesso a serviços de saúde de qualidade, eficientes e resolutivos. Com o AA, as equipes multidisciplinares têm a capacidade de oferecer uma assistência integrada, longitudinal e passível de resolver problemas complexos de saúde, o que ajuda a prevenir doenças e garantir recuperação a contento. Além disso, o modelo de AA permite que os usuários sejam tratados de forma oportuna e eficiente, prevenindo complicações e reduzindo o absenteísmo nos serviços.

A implementação do AA exige um esforço conjunto de todos os setores envolvidos, incluindo o governo, as organizações de saúde e a sociedade em geral, para garantir que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde de qualidade.

## REFERÊNCIAS

BRETON, M. et al. Revising the advanced access model pillars: a multimethod study. **CMAJ Open**. Sep 6;10(3):E799-E806, 2022.

FARIA, M.; CAMARGO, M.; AGUILLAR, A. **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.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. Ciênc. saúde coletiva, 2007 12(3), maio 2007.

MALDONADO, J. M. S. DE V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. Cad. Saúde Pública, 2016 32 suppl 2, 2016.

MARCHI, M. M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Revista bioética**, v. 6, n. 1, 2009.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. p. 869, 2019.

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

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

OLIVEIRA, L. G. F. ; SILVA, M. R. da .; SILVA, J. L. A. 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.

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

REZENDE, A. A. B. et al. Distribuição da COVID-19 e dos recursos de saúde na Amazônia Legal: uma análise espacial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. Ciênc. saúde coletiva, 2023 28(1), jan. 2023.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SOARES, L. S.; JUNQUEIRA, M. A. DE B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 1, **Rev. bras. educ. med.**, 2022.

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

VIEGAS, S. M. DA F. 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. Rev. Bras. Enferm., 2021 74(2), 2021.

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

<sup>2</sup> 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>

<sup>3</sup> 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>

<sup>4</sup> Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>

<sup>5</sup> Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, <http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

<sup>6</sup> Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>

## CAPÍTULO 2 - AGENDAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O CAMINHO PARA A UNIVERSALIDADE

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>1</sup>

Lislaine Aparecida Fraccolli<sup>2</sup>

Júlio Cesar Novais Silva<sup>3</sup>

Natiane Nascimento de Oliveira<sup>4</sup>

Silas Santos de Araújo<sup>5</sup>

Juliana Neves Ferreira<sup>6</sup>

### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de saúde do Brasil e foi criado com o objetivo de garantir o acesso à saúde de forma universal e equitativa a toda a população brasileira (BRASIL, 1990). O princípio de universalização é um dos pilares do SUS e significa que todos têm direito à saúde independentemente de sua renda ou local de moradia. O SUS é uma forma de garantir o direito à saúde para todos os brasileiros, sem distinção.

A universalidade do SUS é uma das maiores conquistas da saúde pública brasileira e tem sido fundamental para melhorar a qualidade de vida da população. No entanto, apesar de todos os avanços, ainda existem desafios para garantir a completa efetivação deste princípio. Entre esses desafios podem ser citados a falta de recursos financeiros, a falta de médicos e profissionais de saúde em algumas regiões e a falta de investimentos em tecnologia e infraestrutura (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012)

Viegas e estudiosos (2021) tratam este princípio como desafiador, pois envolve o enfrentamento das barreiras sociais, além da necessidade de investimentos em tecnologia, recursos humanos e infraestrutura. No entanto, ao longo dos 30 anos, o SUS tem sido reconhecido como um dos melhores sistemas de saúde pública do mundo e tem contribuído para a melhoria da saúde da população.

Para alcançar este objetivo, o SUS se baseia em uma estrutura hierarquizada de atendimento, que vai desde a Atenção Básica (AB) - nomenclatura dada no Brasil aos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) - até a atenção especializada e de alta complexidade representada pelos hospitais terciários. Além disso, o SUS conta com a participação social de profissionais de saúde, comunidade, governo e sociedade em geral para assegurar a eficiência e qualidade dos serviços prestados através do controle do social (TESSER; SERAPIONI, 2021; MENDES, 2019)

No Brasil a APS é reconhecida como a principal porta de entrada para o SUS (STARFIELD, 2002). Ela é responsável por identificar e prevenir problemas de saúde, bem como fornecer tratamento e cuidados básicos para doenças e condições não graves (MENDES, 2019). Tem-se o agendamento como uma parte importante desse processo, pois permite que os profissionais de saúde planejem suas atividades e garantam que haja tempo suficiente para atender a todos os usuários (CELUPPI *et al.* 2021).

Para Starfield (2002) a concepção de acesso vai além de simplesmente ter uma ligação ao sistema de saúde. Este é considerado como um “instrumento” que pode mudar a realidade, permitindo que as pessoas consigam o atendimento eu precisam nos serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde envolve fatores como a disponibilidade e localização da unidade de saúde, a flexibilidade de horários e nas formas de atendimento, a possibilidade de consultas não agendadas e a percepção da população sobre esses aspectos do acesso (JESUS; ASSIS, 2010).

O acesso aos serviços é a primeira fase que o usuário precisa superar. Para isso, é necessário avaliar questões como a disponibilidade do serviço, a distância da unidade de saúde, as práticas oferecidas, os recursos disponíveis, a capacitação dos profissionais que trabalham na unidade e como eles identificam e respondem as necessidades da população. O objetivo é garantir que o usuário tenha acesso a serviços de saúde de qualidade, e que estes sejam responsivos às suas necessidades (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O acesso de primeiro contato é considerado um atributo essencial da APS (STARFIELD, 2002). Este é concebido como a habilidade

do usuário em acessar ao serviço de saúde e usá-lo como uma fonte de atendimento sempre que surge uma nova questão ou episódio. O acesso de primeiro contato é importante porque é a primeira oportunidade de identificação e tratamento de problemas de saúde, além de ser uma etapa importante na construção de relações de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários. Este insere-se no agendamento, que deverá favorecer esta relação.

É importante destacar que acesso e acessibilidade são conceitos relacionados à saúde, mas que têm identidade e significados diferentes. O acesso refere-se à possibilidade de um indivíduo ter acesso a serviços de saúde, enquanto a acessibilidade refere-se à facilidade com que esse indivíduo acessa ao serviço (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Assis e Jesus (2012) alertam que se o serviço não é percebido como acessível, isso cria obstáculos e impede que ele seja utilizado por possíveis usuários do sistema. Uma vez que a acessibilidade está diretamente ligada à visão do usuário sobre o serviço, e é esta percepção que precisa ser superada pelo usuário para que ele possa utilizá-lo.

Estes autores destacam que os obstáculos relacionados à acessibilidade, à falta de integração, à centralização e à regionalização da rede de atendimento, bem como à falta de acolhimento adequado e à atenção a grupos específicos e às desigualdades regionais, são limitações importantes (ASSIS; JESUS, 2012).

De acordo com Vidal e colaboradores (2019) o agendamento propõe assegurar que os usuários recebam atendimento em um momento conveniente para eles, sem precisar enfrentar longas filas ou esperar por horas para ser atendido. Além disso, o agendamento também ajuda a evitar desperdício de recursos, pois permite que os profissionais de saúde planejem suas atividades de maneira eficiente, otimizando seu tempo e garantindo que não haja sobrecarga no sistema.

Segundo Mercadante et al. (2002), na década de 1960, com o crescente interesse pelo desenvolvimento de sistemas de saúde públicos e universitários, muitos países passaram a implementar políticas e programas para melhorar a acessibilidade e a qualidade da APS. Neste

contexto, os agendamentos passaram a ser vistos como uma forma de organizar as demandas dos usuários e da comunidade.

Gava e estudiosos (2016) destacam que a partir da década de 1980, houve a incorporação de tecnologias para o sistemas de agendamento, com a introdução de softwares e sistemas de informação que permitiam aos profissionais de saúde gerenciar de forma mais eficiente a demanda por atendimento. Além disso, a popularização da internet e a disponibilidade de aplicativos móveis tornaram ainda mais fácil a marcação de consultas e o gerenciamento dos agendamentos (BARTHOLO; AMARAL; CAGNIN, 2009).

Atualmente, os sistemas de agendamento na AB evoluíram bastante e contam com ferramentas avançadas, como inteligência artificial e *machine learning*, para garantir ainda mais eficiência e qualidade no atendimento aos usuários (SANTAELLA, 2021). Este pode ser feito de várias maneiras, incluindo pessoalmente, por telefone ou até mesmo *online*. É importante que os usuários forneçam informações precisas sobre sua condição de saúde e o motivo da consulta, a fim de garantir que recebam o atendimento adequado.

Neste escopo Ferreira e colaboradores (2016) corroboram que é necessário realizar mudanças organizacionais para abordar o problema do tempo prolongado de espera por atendimento na APS. Tal prerrogativa indica a ineficiência dos serviços de saúde em oferecer acesso adequado e resultar em experiências negativas e evitáveis para os usuários. Pitombeira e Oliveira (2021) alertam que a falta de previsibilidade no atendimento causa angústia, principalmente entre aqueles que acreditam que sua condição de saúde está se agravando. Além disso, também contribui para o aumento do uso inadequado dos serviços de emergência.

Diante do exposto, o agendamento na APS é uma parte vital do sistema de saúde, melhora o ambiente laboral, a excelência no atendimento, a segurança do usuário, a satisfação da equipe de saúde, e a percepção do próprio usuário. Tais resultados abrem espaço para alguns questionamentos: como o agendamento pode ser otimizado para melhorar a eficiência e a qualidade na APS? Como a integração de tecnologias na agenda de atendimento pode contribuir para uma melhoria na APS?

Sendo assim, este capítulo reflexivo propôs discutir acerca do agendamento na APS como princípio organizativo do SUS para promoção da universalização e argumentar sobre a integração de tecnologias na agenda de atendimento como contribuição para uma melhoria na APS.

## DESENVOLVIMENTO

Existem diferentes modelos de agendamento que podem ser utilizados na APS, cada um com suas vantagens e desafios. Alguns dos modelos mais comuns, chamados de modelos tradicionais, são: agendamento por demanda, agendamento por hora, agendamento por período, agendamento por usuário e agendamento combinado (VIDAL, 2019). No entanto, estes modelos podem ser otimizados de várias formas.

Uma destas formas pode se valer do uso de tecnologia para agendamento, como softwares ou aplicativos, pode ser muito útil para otimizar o processo de agendamento, pois permite aos usuários agendar seu atendimento de forma fácil e rápida, evitando filas e esperas desnecessárias (LOUREIRO *et al.* 2017).

No entanto, muitas unidades de saúde no Brasil, não possuem sistemas informatizados ou ainda o prontuário eletrônico. Gomes e colaboradores (2019) especificam o prontuário eletrônico do cidadão (PEC) como uma ferramenta importante para a atenção básica. Segundo estes autores, o PEC permite ao profissional de saúde ter acesso a informações completas e atualizadas sobre o histórico de saúde do usuário, incluindo antecedentes clínicos, exames, diagnósticos e tratamentos realizados, independentemente da unidade de saúde em que ele tenha sido atendido anteriormente. Isso permite uma avaliação mais precisa e personalizada do estado de saúde do usuário, o que pode levar a um tratamento mais eficaz e eficiente.

Como recurso de otimização da APS, o agendamento ainda pode valer-se do modelo de Acesso Avançado (AA). Este modelo refere-se à disponibilidade de serviços de saúde de qualidade e acessível para todas as pessoas, incluindo diagnósticos, tratamentos, prevenção e promoção

da saúde, sem serem impedidos por barreiras financeiras, geográficas ou de outra natureza (BONILLA; WOLLMANN, 2020).

Para entender este modelo, é necessário compreender o modelo tradicional de agenda que a APS vem adotando ao longo do tempo. Como descrevem estes autores, o funcionamento do sistema tradicional é baseado na ideia de “fazer o trabalho do mês passado, hoje”. Este sistema parte do pensamento equivocado de que a demanda é imprevisível. Como resultado, a agenda é constantemente sobrecarregada por usuários que já têm horários marcados, os “hiper utilizadores” e também é sustentada por eventos agudos que surgem sem aviso prévio.

De maneira operacional, o sistema tradicional separa a demanda em dois grupos: demandas por condições urgentes que precisam ser atendidas no mesmo dia e demandas não urgentes que podem ser atendidas em outros dias. Para gerenciar a demanda este agendamento é preenchido pelos programas do Ministério da Saúde em grupos específicos. A solução para equilibrar a demanda e a oferta é diminuir a oferta. Este modelo leva a altas taxas de absentismo, devido ao longo tempo para marcação das consultas (MENDES, 2017).

Nesta mesma lógica há o modelo *carve-out* que orienta: “Faça alguns trabalhos de hoje, hoje” (BONILLA; WOLLMANN, 2020). Neste modelo, usuários com necessidades não imediatas são programadas para datas futuras, o que flexibiliza o processo de atendimento mas pode não resolver as demandas/queixas dos usuários.

Já o AA, opera com o lema: “Faça hoje, o trabalho de hoje” (MURRAY; TANTAU, 2000). Neste modelo o usuário é atendido no mesmo dia ou em até 48 horas da sua necessidade saúde. Isto permite maior autonomia ao usuário para interagir com a equipe multidisciplinar e escolher o momento mais oportuno para sua necessidade (MURRAY; BERWICK, 2003; BRETON *et al.* 2022).

Neste interim, a integração de tecnologias na agenda de atendimento representa no entanto uma ferramenta importante para melhorar a eficiência e a qualidade no agendamento da APS. Tanto no sentido do agendamento eletrônico (CELUPPI *et al.* 2021) quanto da incorporação dos sistemas de informações do usuário (THAINES, 2019).

Celuppi e colaboradores (2021) destacam que a implementação de um sistema de agendamento eletrônico permite aos usuários agendar ou reagendar consultas com facilidade, sem precisar estar fisicamente na unidade de saúde. Além disso, ele pode ser integrado ao sistema de informações do usuário, tornando o processo mais eficiente. Estas notificações podem ser enviadas aos usuários para confirmar ou lembrá-los de suas consultas, o que pode ajudar a reduzir o número de consultas canceladas ou não comparadas, e assim reduzindo o absenteísmo.

Destarte, a integração de tecnologias contribui para análise de dados na agenda de atendimento e permite aos gestores da APS monitorar o tempo de espera, a taxa de consultas canceladas ou não comparadas, entre outros indicadores, o que pode ajudar a identificar pontos de melhoria e otimizar o processo.

Cabe destacar também, conforme Menezes e colaboradores (2020) a flexibilização dos horários de funcionamento das unidades de saúde é uma necessidade sentida nos territórios, principalmente para atender as pessoas que trabalham no período comercial. Entretanto, se associado à flexibilização da carga horária dos profissionais e à redução de custos, a tendência é reduzir o acesso, tanto em seus aspectos quantitativos quanto qualitativos, considerando a complexidade do fazer em saúde. Tal conjuntura, pode conflitar com uma atenção integral de qualidade.

## CONSIDERAÇÕES

Em síntese, o agendamento é um aspecto crucial na APS pois representa o primeiro contato do usuário com o serviço. Uma vez que sejam empregadas medidas para otimização, pode trazer grandes benefícios para a eficiência e qualidade do atendimento.

Algumas destas medidas podem ser adotadas para melhorar o agendamento incluem a utilização de sistemas de gerenciamento de agenda, a automação de tarefas repetitivas e a integração de tecnologias como a inteligência artificial dentre outras. Ao investir em soluções tecnológicas para otimizar o agendamento, é possível fornecer um atendimento mais eficiente e de qualidade, garantido para a melhoria da saúde da população.

Destaca-se a incorporação do modelo de AA, em oposição ao modelo tradicional de agenda, como ferramenta para captação de novos usuários, o que fortalece a ideia de que esse modelo amplia o acesso da população aos cuidados de saúde e fortalece ao princípio da Universalidade.

A universalidade tem como escopo promover a igualdade no acesso à saúde, independentemente da renda, gênero, raça ou localização geográfica. Isso significa que todos têm direito a atendimento de qualidade, de forma gratuita. Portanto, investir em soluções de agendamento é uma medida importante para garantir a universalidade na APS.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. Ciênc. saúde coletiva, 2012 17(11), nov. 2012.

BARTHOLO, V. F.; AMARAL, M. A.; CAGNIN, M. I. Uma contribuição para a adaptabilidade de Ambientes Virtuais de Aprendizagem para Dispositivos Móveis. **Revista Brasileira de informática na educação**, v. 17, n. 02, p. 36, 2009.

BRETON, M. et al. Revising the advanced access model pillars: a multimethod study. **CMAJ Open**. Sep 6;10(3):E799-E806, 2022.

BONILLA, P. P. de G.; WOLLMANN, L. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2360, 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.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 249-260, 2012.

CELUPPI, I. C. 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.

FERREIRA, P. S. F. et al. Avaliação preliminar dos efeitos da ineficiência dos serviços de saneamento na saúde pública brasileira. **Revista internacional de ciências**, v. 6, n. 2, p. 214-229, 2016.

GAVA, M. et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 891-902, 2016.

- GOMES, P. A. R. et al. Prontuário eletrônico do cidadão: instrumento para o cuidado de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 1226-1235, 2019.
- JESUS, W. L. A. DE.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Ciênc. saúde coletiva, 2010 15(1), jan., 2010.
- LOUREIRO, L. H. et al. Tecnologia na Atenção Primária: uma estratégia de apoio a gestão. **Revista Práxis**, v. 9, n. 18, 2017.
- MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. p. 869, 2019.
- MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária em saúde**. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2017.
- MENEZES, E. L. C. 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.
- MERCADANTE, O. A. et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. **Caminhos da saúde pública no Brasil**, v. 20, 2002.
- MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family practice management**, v. 7, n. 8, p. 45–50, 2000.
- MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 8, p. 1035–1040, 2003.
- PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 1699-1708, 2020.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.
- SANTAELLA, L. **Inteligência artificial & redes sociais**. EDUC—Editora da PUC-SP, 2021.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- THAINES, G. H. de L. S. et al. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 18, p. 466-474, 2009.
- TESSER, C. D.; SERAPIONI, M. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2323-2333, 2021.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. Cad. Saúde Pública, 2004 20 suppl 2, 2004.
- VIDAL, T. B., et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019.

VIEGAS, S. M. DA F. 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. Rev. Bras. Enferm., 2021 74(2), 2021.

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

<sup>2</sup> 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>

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

<sup>4</sup> Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9750343618339003>

<sup>5</sup> 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>

<sup>6</sup> Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/2050621016634318>

## CAPÍTULO 3 - O DESAFIO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Denise Maria Campos de Lima Castro<sup>1</sup>

Lislaine Aparecida Fracoli<sup>2</sup>

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>3</sup>

### INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma abordagem desenvolvida por equipes multidisciplinares e orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (STARFIELD, 2002). Ela abrange um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas, que visam promover e proteger a saúde, prevenir doenças, diagnosticar, tratar e reabilitar pacientes, além de reduzir danos e manter a saúde geral das comunidades (VIEGAS *et al.* 2021). A APS é a principal porta de entrada para o SUS e seu objetivo é fornecer uma atenção integral que possa ter um impacto positivo na saúde das pessoas (MENDES, 2019).

Como destacam Sanchez e Ciconelli (2012), a APS desempenha um papel fundamental ao garantir a acessibilidade, coordenação, responsabilidade e continuidade do cuidado através da construção de vínculos. Como primeiro ponto de contato entre indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, a APS busca levar atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, estabelecendo um processo de atenção continuada e constituindo o primeiro elemento dessa abordagem.

O fortalecimento e a resolutividade da APS dependem principalmente de um acesso fácil, de modo que os usuários vinculados às equipes possam obter atendimento quando necessário (MURRAY; BERWICK, 2003). Neste sentido, Starfield (2002) alerta que as principais metas de qualquer sistema de saúde são: prover cuidados que minimizem as disparidades de acesso aos serviços de saúde e garantir um nível de saúde de

qualidade para todos. Contudo, equilibrar a demanda e a capacidade de oferta ainda é um grande desafio, e quanto mais difícil para alcançar esse equilíbrio, maiores serão os obstáculos em relação ao acesso aos serviços de APS (ROCHA *et al.*, 2016).

Ademais, a APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, representando o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Esta é orientada pelos atributos essenciais de acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e abrangência do cuidado, que adotam uma abordagem holística e permitem uma abordagem familiar e comunitária para as pessoas (STARFIELD, 2002). Sobre este primeiro atributo, acesso de primeiro contato, é que se trata este capítulo.

De acordo com Starfield (2002), o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde significa acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. A autora também define esse contato como a porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, é quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde.

Com frequência, os termos acesso e acessibilidade são utilizados de forma intercambiável, podendo ser avaliados tanto do ponto de vista da população quanto da unidade de saúde. Segundo Bárbara Starfield (2002), a acessibilidade permite que os usuários cheguem aos serviços de saúde. Em outras palavras, é um aspecto da estrutura do sistema ou da unidade de saúde e é necessário para alcançar a atenção ao primeiro contato, sendo um elemento estrutural essencial para a APS. Já o acesso é a forma como o usuário experimenta essa característica do serviço de saúde. Outros autores também argumentam que o acesso vai além da simples utilização do serviço de saúde, pois leva em conta a disponibilidade do serviço no momento em que é necessário utilizá-lo (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Assegurar o acesso aos cuidados de saúde em tempo hábil é um indicador de sistemas de saúde de alta qualidade. No entanto, em muitos países, alcançar esse objetivo é um desafio. Embora o nível global de gastos em saúde não esteja diretamente relacionado com os melhores resultados, a evolução e a equidade dos serviços de saúde dependem de suas próprias características. Por isso, o fortalecimento da APS é fundamental para alcançar os melhores resultados em saúde de forma mais equitativa (STARFIELD, 2002; MENDES, 2019).

Nesta perspectiva, os serviços de APS, com equipes de Saúde da Família (eSF), devem ser tanto acessíveis quanto resolutivos para atender às necessidades de saúde da população. Por isso, para superar o acesso, às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) precisam fornecer dispositivos efetivos para o primeiro contato. Isto é fundamental para fortalecer os outros atributos que devem ser garantidos aos usuários.

No entanto, de acordo com alguns autores, o acesso aos serviços de APS enfrenta limitações relacionadas a fatores socioeconômicos, barreiras geográficas e condições desafiadoras decorrentes das crescentes demandas, tanto no âmbito nacional como internacional (ASSIS; JESUS, 2012). Diante de tais conjecturas questiona-se: Quais são as principais estratégias para alcançar o acesso de primeiro contato na APS, considerando os desafios enfrentados pela demanda crescente e oferta limitada de profissionais de saúde?

A fim de superar esses desafios, países desenvolvidos têm proposto modelos de organização do acesso à APS, sendo descritos cinco modelos que serão detalhados a seguir à luz de Rocha et al. (2016) e Kingth e Lembke (2013): acesso aberto (*Open access*), *Book on the Day*, *Supersaturate*, *Carve-out* e Acesso Avançado.

## DESENVOLVIMENTO

No modelo de “Acesso aberto” (*Open access*), os usuários não precisam agendar horário e podem chegar à unidade de saúde para serem atendidos. Esse modelo apresenta algumas desvantagens, como longos

tempos de espera e atrasos que podem gerar insatisfação entre os usuários. No entanto, também possui vantagens, como todas as vagas para consulta estarem disponíveis no início do dia, permitindo que o usuário seja atendido pelo profissional de saúde. Nesse contexto, é importante entender as características e possibilidades desse modelo, bem como avaliar sua efetividade em diferentes contextos de saúde.

O modelo “*book on the day*” é realizado por telefone, onde várias ligações são recebidas pela manhã e as vagas disponíveis são preenchidas de acordo com a capacidade diária do serviço de saúde. No entanto, esse modelo apresenta algumas desvantagens, como a sobrecarga do sistema e a capacidade da equipe devido ao pico de chamadas recebidas. Murray (2016) descreve esse modelo como “acesso por negação ou recusa”. Neste modelo, todas as consultas ficam disponíveis para o dia, sem agendamento prévio. Normalmente, há acúmulo de pedidos de consulta no período da manhã e, caso o usuário não consiga atendimento naquele dia, é orientado a retornar no dia seguinte.

No modelo “*Supersaturate*”, as consultas são agendadas de acordo com a demanda do usuário, sendo que as demandas agudas são encaixadas em horários já ocupados, conhecido como “*double booking*”. Esse modelo utiliza um sistema de núcleos para identificar o tipo de consulta, como emergência, acompanhamento ou outra condição. Murray e Tantau (2000) descrevem este modelo como “*satured*”, ou o modelo tradicional de agendamento, onde as vagas disponíveis na agenda do médico são incorporadas por meio de agendamentos prévios, geralmente feitos pelos próprios usuários.

Embora este sistema busque atender tanto às necessidades de usuários com doenças crônicas quanto com queixas agudas, suas respostas impactam significativamente o sistema de saúde. A grande demanda de usuários para garantir a vaga muitas vezes leva à marcação de consultas desnecessárias, longos períodos de espera e alto absenteísmo. Como resultado, muitos usuários acabam procurando serviços de urgência e emergência, que nem sempre são adequados para suas necessidades de saúde (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023).

No modelo “*Carve-out*”, uma parte da capacidade diária de atendimento é reservada para atender queixas agudas. No entanto, pode ocorrer uma pressão para utilizar essas consultas para casos rotineiros, gerando um desequilíbrio e uma demanda artificial por consultas extras, empurrando a demanda recorrente para o futuro. Recomenda-se que um terço das vagas permaneça reservado para cuidados de queixas agudas, com base no estudo da demanda.

Neste modelo, as consultas agendadas são realizadas pela equipe de saúde e as queixas do dia podem ser direcionadas de acordo com a disponibilidade de outros profissionais. Como vantagem, destaca-se o planejamento do trabalho diário e a oferta de cuidados tanto para condições agudas quanto para não agudas. No entanto, a previsão errônea da demanda pode levar a um alto índice de absenteísmo e perda de vagas, além de aumentar o tempo de espera para outros atendimentos. Os usuários também tendem a procurar o serviço quando precisam e solicitam atendimento no dia, prejudicando a antecipação da demanda e tornando-o semelhante ao modelo tradicional.

Conforme os estudos de Murray e Berwick (2003) e Lipmann (2000), em alguns desses sistemas, é designado um médico para cada dia da semana, o que fere o princípio da longitudinalidade do cuidado e pode gerar ineficiência, uma vez que esse médico considera apenas o problema referente à queixa principal, como no modelo tradicional.

O modelo de “Acesso Avançado” (AA), também conhecido *advanced access, same-day appointment*, ou ainda *open access*, é caracterizado pelo equilíbrio entre a demanda e a capacidade de atendimento, eliminando a demora no acesso ao cuidado, pois as consultas acomodadas todas as necessidades dos usuários. Esse modelo busca iniciar o trabalho com o número suficiente de consultas para o dia, sem restringir as consultas futuras e priorizando a continuidade do cuidado.

Os autores que criaram o AA, Murray e Tantau (2000), explicam que, nesse modelo, não há acúmulo negativo de trabalho e nem diferenças na qualidade do atendimento entre as consultas de queixas agudas e as de acompanhamento clínico. Todas as consultas são agendadas para o mesmo dia, o que é uma grande vantagem para os usuários, que se sentem

seguros em receber atendimento de acordo com suas necessidades por sua equipe de referência, preservando assim o vínculo. Os cuidados agudos também são tratados com maior qualidade e sem atrasos. Esse modelo traz uma melhor experiência do usuário na APS, exigindo um tempo mínimo de implantação de três meses, além de preparo e mudanças para adequar a capacidade de atendimento à demanda necessária.

Os criadores do modelo desenvolveram seis pilares para sua operacionalização (MURRAY; BERWICK, 2003). No entanto, esses pilares foram sintetizados por Breton e colaboradores (2022) em cinco, que são:

- 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;
- 5) Comunicação sobre acesso avançado e suas funcionalidades

Oliveira e Fracolli (2023) justificam que, em geral, estes pilares enfatizam a importância de alcançar e manter um equilíbrio entre as consultas disponíveis e a demanda por consultas. Isso envolve manter um equilíbrio entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços pela equipe profissional para o sucesso da implementação do modelo.

Castro e Fracolli (2021) descrevem um roteiro de implementação do modelo de AA em três etapas: Preparo da equipe, Levantamento e identificação de dados e o Preparo das agendas. De acordo com estas autoras, para o preparo da equipe são necessárias algumas reflexões:

1. *Como entendemos a APS neste serviço?*
2. *E como o Acesso a esta UBS responde a este entendimento de APS?*
3. *O que não funciona hoje e gostaríamos de mudar?*
4. *Qual o acesso que queremos e por quê?*
5. *Por que mudar?*
6. *Definir o papel de cada profissional na UBS e no Modelo de AA.*
7. *Qual a opinião da população sobre o acesso à UBS?*

8. *Qual a percepção da população sobre a proposta de mudança do modelo de acesso?*

No mesmo sentido, quanto ao levantamento e identificação de dados, as autoras sugerem questionar:

1. *Quais as características do seu território?*

2. *Realizamos “Gestão populacional”?*

3. *Todos sabem que para ampliar o acesso precisamos trabalhar com a gestão populacional do território?*

Por fim, quanto ao preparo das agendas, cabe à equipe algumas atitudes:

1. *Redução de atrasos (“Backlogs”) nas Agendas.*

2. *Se necessário agendar, realizar em curto espaço de tempo.*

3. *Reorganização e desfragmentação da agenda.*

4. *Todas as agendas podem ser configuradas para ampliar as vagas oferecidas no dia; incluindo NASF e Saúde Bucal.*

5. *Customização da Agenda de acordo com o perfil populacional.*

6. *Criação de equipes irmãs com horários complementares.*

7. *Otimização do tempo de consulta.*

8. *Adequação do horário dos profissionais e da UBS.*

Vidal et al. (2019) descrevem que para alcançar e manter o AA ao longo do tempo, é necessário ter liderança forte e apoio clínico e administrativo. Quando os requisitos para a sua implementação não são observados, podem ocorrer experiências mal-sucedidas, o que pode suscitar dúvidas sobre a sua aplicabilidade. Ademais, autores que implementam o modelo de AA relatam algumas mudanças necessárias para a incorporação desse modelo, incluindo a utilização de agendas abertas em vez de agendas fragmentadas por grupos temáticos, o que dificulta o acesso de pacientes que não se encaixam nesses grupos. Também é importante evitar agendamentos a médio e longo prazo para reduzir o absentismo e preparar toda a equipe para atender às necessidades dos

pacientes quando eles precisam, e não quando os profissionais de saúde acham que eles precisam (CURITIBA, 2014).

Cada profissional de saúde em contato com o usuário deve avaliar se é o mais adequado para entender a necessidade deste naquele momento e se outro integrante da equipe multidisciplinar poderia fornecer um atendimento mais adequado. Além disso, é essencial que a equipe esteja sempre atenta às necessidades da população, trabalhando para desburocratizar o acesso aos serviços de saúde. Essas mudanças são importantes para uma implementação bem-sucedida do modelo de AA e para garantir um atendimento mais eficiente e avançado para os pacientes (CURITIBA, 2014).

O estudo de Rocha e colaboradores (2016) apontou que todos os sistemas de agendamento na APS possuem pontos positivos e negativos. No entanto, eles consideram que o modelo de AA é o mais adequado, pois consegue equilibrar a capacidade e a demanda, acolhendo significativamente o tempo de espera. Entretanto, Morgan e Beerstecher (2011) ressaltam a importância de possuir uma infraestrutura sólida para apoiar as alterações no agendamento, além da inclusão da população no diálogo, visto que há evidência de que as influências dos usuários influenciam a demanda.

O AA tem se mostrado eficaz na redução do tempo de espera na atenção primária, pois seu princípio fundamental é garantir que os usuários que procuram agendar uma consulta médica tenham atendimento no mesmo dia. Entretanto, é importante ressaltar que o AA não é viável a longo prazo caso a demanda por consultas seja constantemente maior do que a capacidade do médico para atender (MURRAY; BERWICK, 2003).

Neste sentido, Soares e Junqueira (2022) alertam que este modelo pode ser operacionalizado com foco ao estabelecimento de vínculos com os usuários através de uma relação de confiança entre a equipe multidisciplinar e os usuários. Algumas maneiras de estabelecer este vínculo envolvem comunicação efetiva, abordagem humanizada, acesso fácil e educação em saúde.

A equipe multidisciplinar profissionais deve ter uma comunicação clara e empática com os usuários. Esta deve ouvir atentamente as preocupações dos usuários, responder às suas perguntas de forma clara e utilizar uma linguagem que seja compreensível para eles (CORIOLANO-MARINUS *et al.* 2014). Neste sentido, o atendimento poderá ser ampliado no tocante à autonomia do usuário em escolher o melhor momento para ser atendido.

Teixeira (2005) aborda que o atendimento na APS deve ser oferecido de forma humanizada, levando em conta a individualidade e as necessidades específicas de cada paciente. Os profissionais de saúde devem se esforçar para criar um ambiente acolhedor e agradável que permita aos pacientes se sentirem confortáveis. Neste mesmo sentido, conforme destaca Mendes (2016) a APS deve estar disponível e acessível para todos, independentemente de sua renda ou localização geográfica. Os serviços devem ser oferecidos em horários convenientes e com facilidade de acesso e acompanhar os usuários de forma contínua e sistemática, monitorando sua saúde e respondendo a quaisquer dúvidas ou preocupações que possam surgir.

Por fim, conforme os estudos de Bezerra *et al.* (2018), Teixeira *et al.* (2012) e Barreto *et al.* (2019), dentre outros, a educação em saúde na APS é uma ferramenta potente para o estabelecimento do vínculo entre o usuário e a equipe. Esta última deve oferecer informações sobre prevenção e promoção da saúde, incluindo orientações sobre alimentação saudável, exercícios físicos, higiene pessoal e outras práticas que possam contribuir para o bem-estar geral dos usuários.

## CONSIDERAÇÕES

A busca por um modelo de organização que amplie o acesso na atenção primária à saúde é um grande desafio no Brasil, que enfrenta uma demanda crescente e uma oferta limitada de profissionais. O AA tem sido uma alternativa promissora para reduzir o tempo de espera e garantir o atendimento de acordo com a necessidade do usuário, mas

sua implantação requer liderança, apoio clínico e administrativo, além da inclusão da população para a implementação.

É necessário um aprofundamento e recorte deste modelo para a realidade brasileira, a fim de atender aos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade. A busca por soluções para este desafio deve ser contínua e colaborativa, envolvendo profissionais de saúde, gestores e a sociedade como um todo a fim de desenvolver o vínculo entre as partes.

Quando os profissionais de saúde desenvolvem um vínculo sólido com seus usuários, é mais provável que eles se sintam à vontade para acessar ao serviço, compartilhar informações importantes sobre sua saúde e para seguir as orientações de tratamento prescritas. Isso pode levar a melhores resultados de saúde a longo prazo, pode ajudar a prevenir doenças e promover um estilo de vida mais saudável, já que os usuários se sentirão mais motivados e engajados em cuidar de sua saúde.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. Ciênc. saúde coletiva, 2012 17(11), nov. 2012.
- BARRETO, A. C. O. et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 266-273, 2019.
- BEZERRA, I. N. M. et al. Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 3, p. 82-90, 2018.
- CASTRO, D. M. C. DE L.; FRACOLLI, L. A. **Roteiro de implementação do modelo de Acesso Avançado**. Produto técnico - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no SUS, Escola da Universidade do SUS, EEUSB, 2021.
- CORIOLO-MARINUS, M. W. DE L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1356-1369, 2014.
- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Saúde da Família. **Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba (PR): SUS; 2014.
- KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointment 101: how to shape a more effective appointment system. **Aust Fam Physician**. 42(3):152-6, 2013.
- LIPPMAN, H. Same-day scheduling. **Hippocrates**. 2:49-53, 2000.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. p. 869, 2019.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016.

MORGAN, C.L.; BEERSTECHEER, H.J. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: na observational study. **Br J Gen Pract**. 61(589):e498-e507, 2011.

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

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

MURRAY, M. **Improving patient access doesn't mean increasing workload** [Internet]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2016.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. Rev. Bras. Enferm., 2013 66(spe), set. 2013.

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

ROCHA, S.A; BOCCHI, S.C.M.; GODOY, M.F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis (Rio J)**. 26(1):87-111, 2016.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SOARES, L. S.; JUNQUEIRA, M. A. B. 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, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. et al. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do Rio de Janeiro. **Revista de APS**, v. 16, n. 4, 2013.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

VIDAL, T.B. et al. **Modelos de acesso ao cuidado pelo médico de família e comunidade na atenção primária à saúde** In: GUSSO, G; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C., organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; p.197-235, 2019.

VIEGAS, S. M. DA F. 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. Rev. Bras. Enferm., 2021 74(2), 2021.

<sup>1</sup> 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>

<sup>2</sup> 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>

<sup>3</sup> Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

## CAPÍTULO 4 - DESIGUALDADES NO ACESSO À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A POPULAÇÃO NEGRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>1</sup>

Lislaine Aparecida Fracoli<sup>2</sup>

Isabele Pereira Nascimento<sup>3</sup>

Rodrigo Eduardo Rocha Cardoso<sup>4</sup>

Moema de Souza Báfica<sup>5</sup>

Zenildo Santos Silva<sup>6</sup>

### INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 56,20% da população brasileira se autodeclara como preta ou parda assim constituída como população negra (IBGE, 2020). Esta, no entanto, enfrenta uma série de desafios em relação à saúde, desde o acesso à saúde até a maior prevalência de determinadas doenças.

Esta população apresenta doenças de forte determinação hereditária como a maior incidência de hipertensão arterial sistêmica (FRAZÃO *et al.* 2023), doenças renais (SOUZA *et al.* 2019), anemias como a falciformes (LIMA, 2019) e diversos tipos de cânceres (QUIUQUILES; MEDEZ, 2022); doenças comportamentais como transtornos mentais (ROCHA; PAVALHÁ; RIBEIRO, 2023), alcoolismo (CARVALHO, 2022) e drogadição (NINGELISKI, 2022); assim como as doenças com foco nas desigualdades sociais como tuberculose (MACEDO *et al.* 2022), desnutrição (SILVEIRA; PADILHA; FROTA, 2020) e verminoses (SANTOS, 2022).

Nesta perspectiva, é importante que a população negra tenha acesso aos serviços de saúde, receba cuidados de saúde adequados e atenção especial para prevenir e gerenciar essas doenças, além de promover estilos de vida saudáveis.

O acesso à saúde é um direito fundamental para todos os brasileiros, garantidos pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990). No entanto, segundo Oliveira e Magalhães (2022) a população negra sofre discriminação como usuários inclusive pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde. Essas práticas aumentam a vulnerabilidade desses grupos, dificultam o acesso aos serviços de saúde, contribuem para a evasão e propiciam o racismo institucional por meio de impedimentos aos benefícios preventivos ou curativos dos tratamentos e medicamentos disponibilizados pelas políticas públicas de saúde.

Santos e colaboradores (2011) apontam que as questões que provocam tais desigualdades no acesso aos cuidados de saúde são uma combinação de fatores, incluindo discriminação racial, desigualdades econômicas e geográficas, a população negra muitas vezes enfrenta barreiras no acesso a serviços de saúde de qualidade e adequados às suas necessidades.

Essas desigualdades podem ter consequências graves na saúde e bem-estar da população negra, aumentando a incidência de doenças crônicas e reduzindo a expectativa de vida (OLIVEIRA; MAGALHÃES, 2022). Nesse sentido, é crucial buscar soluções para garantir o acesso igualitário à saúde para todos, independentemente da sua raça ou origem étnica (CHEHUEN NETO *et al.* 2015).

Segundo Kalckmann et al. (2007) há desvantagens da população negra no Brasil quanto ao acesso à saúde, uma vez que pesquisas sobre este grupo têm revelado que eles são desproporcionalmente impactados por respostas violentas, que se relacionam com as desigualdades sociais, questões de gênero e racismo. Do mesmo modo, Oliveira e Guidio (2022) alertam que a população negra é vítima de discriminação e violação de seus direitos à saúde devido a práticas sociais consideradas inaceitáveis pelo racismo institucional.

De acordo com estas autoras, no âmbito da saúde, o racismo nas relações de cuidado com o usuário pode resultar em atendimento inadequado, incluindo desleixo, indiferença e violência física e simbólica, o que pode levar a diagnósticos e tratamentos impróprios ou à falta de acolhimento. Na Atenção Primária à Saúde (APS), esta negligência

pode se estender às recomendações técnicas reguladoras dos protocolos da prestação de serviços da área de saúde.

Na tentativa de reduzir os efeitos do racismo, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2006. Esta foi criada com o objetivo de promover a igualdade de acesso e qualidade dos serviços de saúde para a população negra, considerando as suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2017).

A PNSIPN busca enfrentar o racismo institucional no sistema de saúde, que muitas vezes contribui para a exclusão e violência contra a população negra. A política visa garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, bem como a oferta de cuidados que atendam às necessidades da população negra, incluindo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BATISTA *et al.* 2013).

Para isso, a PNSIPN contempla ações como a capacitação dos profissionais de saúde para atender de forma sensível e sem discriminação, a garantia de acesso a tecnologias e medicamentos específicos para a população negra, a valorização das práticas de saúde tradicionais, a promoção de campanhas de saúde que abordem as especificidades da população negra e a criação de políticas de redução das desigualdades socioeconômicas e raciais que afetam a saúde (OLIVEIRA; MAGALHÃES, 2022).

Compete às esferas de gestão do SUS incluir o quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. A partir da publicação da Portaria nº 344 do Ministério da Saúde em 2017, tornou-se obrigatória a divulgação de relatório com informações desagregadas por raça/cor. No entanto, a implementação da PNSIPN ainda enfrenta desafios, como a falta de investimento e de comprometimento político, bem como a necessidade de aprimorar a coleta de dados de saúde que considerem a raça e etnia. Ainda assim, a PNSIPN é um marco importante na luta pela garantia dos direitos à saúde da população negra no Brasil.

Dito isto, questiona-se: Quais são as principais desigualdades no acesso à saúde enfrentadas pela população negra no Brasil? Como elas impactam na qualidade de vida desta população? Como a população negra acessa à APS? Neste escopo, este capítulo traz um olhar reflexivo

sobre as desigualdades de acesso à saúde pela população negra na APS. Alguns pontos incluem: contextualização histórica e social, impacto na saúde da população negra, a implementação de políticas públicas de saúde e a necessidade de mudanças.

Admite-se que essas desigualdades são resultado de fatores estruturais que permeiam a sociedade brasileira, como o racismo institucional, a falta de investimentos em saúde pública, a falta de políticas específicas para a promoção da saúde da população negra e a falta de profissionais capacitados para lidar com as especificidades dessa população. Esses fatores podem contribuir para a exclusão social e para a perpetuação das desigualdades socioeconômicas e raciais no país.

## DESENVOLVIMENTO

Conforme descrevem Batista e Barros (2017), a população negra no Brasil enfrenta diversas desigualdades no acesso à saúde, como a dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade, a falta de profissionais capacitados para atender às especificidades dessa população, a escassez de recursos e tecnologias adequados, a ausência de políticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças específicas para esse grupo, além do racismo institucional que se manifesta em práticas discriminatórias e violentas.

Um estudo realizado por Moreira (2000), descreveu que do total de 240 participantes do estudo, entre profissionais e usuários, 43% declararam ter vivenciado alguma forma de discriminação racial nos serviços de saúde. Além disso, usuários negros (as) muitas vezes enfrentam falta de empatia e respeito por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes não levam em conta as experiências únicas e os desafios enfrentados por eles em relação à saúde, o que pode ter consequências negativas na sua saúde e bem-estar.

Nesta perspectiva, é importante entender a história da discriminação racial no Brasil (ALBUQUERQUE, 2009) e como ela se manifesta na saúde (OLIVEIRA; GUIDIO, 2022), desde a escravidão (MBEMBE, 2014; MUNANGA, 2009) até os dias atuais. Também é importante

considerar o contexto social e econômico em que a população negra vive (ALMEIDA, 2019) e como isso afeta o acesso à saúde (OLIVEIRA; MAGALHÃES, 2022).

Historicamente, a população negra foi privada de acesso a serviços básicos de saúde (SANTOS *et al.* 2021). Durante o período colonial, os escravos não tinham direito à assistência médica e, mesmo após a abolição da escravatura, a saúde da população negra continuou sendo negligenciada (CHOR; LIMA, 2005). Isso se reflete nos dias atuais, uma vez que a população negra ainda é alvo de desigualdades no acesso à saúde, sofrendo com o racismo institucional e outras formas de discriminação, o que afeta diretamente a qualidade do atendimento que recebem na APS.

Algumas das formas mais comuns de discriminação na APS, incluem a negligência por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes não levam a sério as queixas e sintomas apresentados por usuários negros (as), a falta de confiança na capacidade destes usuários de entender as informações sobre sua própria saúde, a falta de representatividade destes em estudos e pesquisas médicas, e a sub-representação de profissionais de saúde negros (as) em todas as áreas da saúde (CRUZ, 2006; WERNECK, 2017; CHOR; LIMA, 2005). Sendo assim, a discriminação racial na área da saúde é um problema complexo e persistente que precisa ser abordado de forma consistente e sistemática para garantir o acesso à saúde e a qualidade do atendimento.

Estas desigualdades geram impactos significativos na qualidade de vida desses grupos (CHEHUEN NETO *et al.* 2015). Estes autores sustentam o discurso que a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, a ausência de políticas de prevenção de doenças específicas, a escassez de recursos e tecnologias adequados e o racismo institucional que se manifesta em práticas discriminatórias e violentas, contribuem para aumentar a vulnerabilidade a doenças, reduzir a expectativa de vida e prejudicar a qualidade dos cuidados de saúde recebidos. Além disso, as desigualdades na saúde também afetam outros aspectos da vida, como a educação, o emprego e a participação social, contribuindo para perpetuar as desigualdades socioeconômicas e raciais no Brasil.

As pessoas negras são vítimas de estereótipos negativos (DAVIS, 2018), que as tornam menos propensas a serem consideradas candidatas a tratamentos e cuidados de saúde de qualidade. Além disso, a falta de profissionais de saúde negros, que possam entender as necessidades e a realidade dessas pessoas, agrava ainda mais a situação.

A desigualdade no acesso à saúde também está relacionada à falta de estrutura nas unidades de saúde localizadas nas áreas periféricas, onde a maioria da população negra reside (WERNECK, 2017). As unidades de saúde frequentemente não possuem recursos suficientes, como medicamentos, equipamentos e profissionais de saúde em número adequado, o que dificulta o acesso aos cuidados de saúde. Muitas vezes, o atendimento é precário, com longas filas e demoras no agendamento de consultas, o que pode levar a agravamentos no estado de saúde dos usuários.

A falta de informações sobre saúde e prevenção também contribui para a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. Um estudo realizado por Oliveira e Guidio (2022) percebeu a ausência de uma efetiva implementação dos programas de implementação da PNSIPN. Tal pressuposto, compromete o acesso da população negra aos serviços de saúde e reduz as oportunidades de diálogo.

Estas autoras dialogam que a população negra muitas vezes não tem acesso a informações sobre como prevenir doenças e manter uma vida saudável. Isso acaba dificultando o acesso à saúde preventiva e faz com que essas pessoas só procurem atendimento quando a doença já está em estágio avançado. Nesta perspectiva, vê-se o aumento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e obesidade, que afetam desproporcionalmente a população negra.

Ademais, é importante avaliar as políticas públicas de saúde que têm sido implementadas para enfrentar as desigualdades no acesso à saúde pela população negra na APS, em especial a PNSIPN. É necessário avaliar se essas políticas são suficientes e se estão sendo implementadas de forma eficaz. A PNSIPN prevê o combate às desigualdades raciais em saúde, por meio de ações que promovem a equidade e valorizam a diversidade étnico-racial. No entanto, pouco se observa em estudos sobre a efetividade desta política, principalmente em fazê-la conhecida pelos profissionais

de saúde com vistas ao acolhimento, a humanização e a qualidade no atendimento (OLIVEIRA; GUIDIO, 2022; BATISTA, 2017).

Adicionalmente, é necessário identificar as mudanças que precisam ser feitas no sistema de saúde para garantir que a população negra tenha acesso equitativo à APS (OLIVEIRA; GUIDIO, 2022). Isso pode incluir mudanças na formação de profissionais de saúde, políticas de recrutamento e seleção, aumento da oferta de serviços de saúde em áreas de população negra, além de políticas de combate ao racismo institucional.

Estudos mostram que a população negra enfrenta maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde em comparação com a população branca, incluindo maior dificuldade de acesso aos serviços de APS, serviços de urgência e emergência, serviços de média e alta complexidade, além de maior dificuldade de acesso a exames diagnósticos e tratamentos adequados (OLIVEIRA; MAGALHÃES, 2022; OLIVEIRA; GUIDIO, 2022). As desigualdades no acesso à saúde são um problema grave no Brasil e afetam particularmente a população negra, que enfrenta múltiplas barreiras no acesso aos serviços de saúde e nas relações de cuidado com profissionais de saúde.

## CONSIDERAÇÕES

Face ao exposto, as desigualdades no acesso à saúde são um grave problema social no Brasil e afetam especialmente a população negra, que enfrenta múltiplas barreiras para receber atendimento na APS permeando-se como um obstáculo para a obtenção de cuidados adequados.

Estas desigualdades têm impacto direto na qualidade de vida dessa população, aumentando o risco de doenças, reduzindo a eficácia dos tratamentos e ampliando a vulnerabilidade social e econômica. Embora a PNSIPN, atue como um importante instrumento de promoção da equidade, é necessário, portanto, ampliar o debate e as ações que visem à superação das desigualdades no acesso à saúde, a partir de políticas públicas inclusivas e sensíveis às demandas da população negra.

Cabe destacar que as desigualdades no acesso à saúde impactam na qualidade de vida da população negra um vez que podem levar a

um maior risco de doenças e morte prematura, resultando em menor expectativa de vida e maior taxa de mortalidade entre a população negra.

Além disso, a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade e a ausência de políticas de prevenção de doenças específicas podem levar a um aumento do sofrimento físico e emocional e a uma redução da qualidade de vida em geral. Ademais, a falta de recursos e tecnologias adequados, juntamente com o racismo institucional, podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade a doenças e reduzir a eficácia dos tratamentos. Estes fatores podem afetar não só a saúde física, mas também outros aspectos da vida, como a educação, o emprego e a participação social, perpetuando as desigualdades socioeconômicas e raciais no Brasil.

É necessário garantir o acesso universal e integral à saúde, com atenção às especificidades e necessidades desta população. Isto inclui a promoção de políticas públicas que garantam o acesso à informação e educação em saúde, o fortalecimento da estrutura de unidades de saúde nas áreas periféricas e o incentivo à formação de profissionais de saúde negros (as), que possam atender às necessidades com competência e sensibilidade. A superação das desigualdades no acesso à saúde é fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, W. **O jogo da dissimulação: abolição e cidadania negra no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BATISTA, L. E. et al. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, Supl. 1, 2017.

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. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde**. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Brasília, 2017.

CARVALHO, F. S. et al. Mortalidade de homens negros. **Opará: Etnicidades, Movimentos Sociais e Educação**, v. 10, n. 16, p. e162203-e162203, 2022.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, 2015.

CRUZ, I. F. C. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 5(2), 216-230, 2006.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, 2005.

DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

FRAZÃO, L. F. N.; et al. Systemic Arterial Hypertension and Alcoholism: A dangerous combination. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. e19712240115, 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Tabela 6408 – População residente; por sexo e cor ou raça. 2020.

KALCKMANN, S. et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.

LIMA, K. T. L. L. et al. Qualidade de vida dos portadores de doença falciforme. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 2, 2019.

MACEDO, P. DE O. et al. Perfil sociodemográfico e determinantes sociais da coinfeção tuberculose-HIV no Brasil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e5311729481-e5311729481, 2022.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. São Paulo: n- edições.2014.

MOREIRA, D. **Relatório de pesquisa: a reprodução do racismo no setor saúde: sobrevivência e cidadania em risco**. Belo Horizonte: Fundação MacArthur. 2000.

MUNANGA, K. **Negritude: usos e sentidos**. Belo Horizonte: Editora Autêntica. 2009.

NINGELISKI, A. O. A drogadição infantojuvenil e a proteção integral: reflexões a partir do desenvolvimento humano. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas**, v. 8, n. 1, 2022.

OLIVEIRA, L. G. F.; GUIDIO, M. C. M. S. Relações entre racismo institucional e saúde integral da população negra: estudo com a Estratégia da Saúde da Família. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 3, p. e15345, 30 dez. 2022.

OLIVEIRA, L. G. F.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, v. 39, n., 2022 39, 2022.

QUIQUILES, C. C.; MEDEZ, S. R. G. Psychological Well-Being and Quality of Life of Breast Cancer Survivors in Negros Occidental. **Technium Soc. Sci. J.**, v. 36, p. 396, 2022.

ROCHA, M. P. DA; PAVALHÃ, C. T.; RIBEIRO, B. C. Caracterização do transtorno mental relacionado ao trabalho no território do centro de referência em saúde do trabalhador, Registro, São Paulo, Brasil: estudo descritivo, 2008-2022. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 1, p. 1116-1133, 2023.

SANTOS, A. B. S. et al. Racismo institucional e informação em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador**, v. 35, supl. 1, p. 231-242, 2011.

SANTOS, V. C. et al. Saúde da população negra no contexto da pandemia da Covid-19: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 2306-2320, 2021.

SANTOS, B. B. DOS. Corpos negros femininos e infantis em produções científicas publicadas na “Gazeta Médica da Bahia”. **Revista Brasileira de História da Ciência**, v. 15, n. 2, p. 268-278, 2022.

SILVEIRA, V. N. C.; PADILHA, L. L.; FROTA, M. T. B. A. Desnutrição e fatores associados em crianças quilombolas menores de 60 meses em dois municípios do estado do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2583-2594, 2020.

SOUZA, C. M. B. et al. Fatores de risco de doença renal crônica em trabalhadores autodeclarados negros de um hospital terciário. **Clinical and biomedical research**. Porto Alegre, 2019.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2017.

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

<sup>2</sup> 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>

<sup>3</sup> Doutoranda em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação (PPGE) da Universidade Federal da Bahia - UFBA, <http://lattes.cnpq.br/8615161015253767>

<sup>4</sup> Doutorando em Letras: Linguagens e Representações da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC, <http://lattes.cnpq.br/4539096702003833>

<sup>5</sup> Mestra em Ensino e Relações Étnico Raciais (UFSB), Especialista em Inclusão e Diversidade na Educação (UFRB), Pós-graduanda em Gênero e Sexualidade na Educação (UFBA), Coordenadora Pedagógica no Educandário Siqueira, Professora de Língua Portuguesa no Município de Ilhéus, <http://lattes.cnpq.br/2339225039546470>

<sup>6</sup> Mestre 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/7014972921405566>

# CAPÍTULO 5 - ACESSO À SAÚDE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>1</sup>

Lislaine Aparecida Fracoli<sup>2</sup>

Vanessa Souto Paulo<sup>3</sup>

Pã da Silva Lôpo<sup>4</sup>

Prudence Secchin de Souza Vaz Sampaio Ribeiro<sup>5</sup>

Carolina Castro Santos<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (GOMES *et al.* 2011; MENDES, 2019). A APS desempenha um papel crucial no fornecimento de cuidados preventivos e de tratamento de doenças mais prevalentes. Nesta perspectiva, a prestação de cuidados de saúde para pessoas com deficiência na APS apresenta desafios específicos que precisam ser abordados para garantir que todos tenham acesso à saúde de qualidade.

No Brasil, as principais legislações que protegem os direitos das pessoas com deficiência são a Lei nº 13.146/2015, também conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), e a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (OMS, 2006), ratificada pelo Brasil.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, sancionada em 2015, é uma legislação fundamental para garantir os direitos e a inclusão das pessoas com deficiência em diversos aspectos da vida, incluindo a saúde. Esta estabelece medidas para a promoção da acessibilidade, da igualdade de oportunidades e da eliminação de todas as formas de atendimento contra as pessoas com deficiência.

Ademais, está em conformidade com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas em 2006. A regulamentação estabelece os direitos humanos das pessoas com deficiência e define medidas para a promoção da igualdade de oportunidades, acessibilidade, autonomia, respeito e dignidade. No entanto, muitos estabelecimentos, inclusive os de serviços de saúde, não contemplam o cumprimento destas comprometendo assim o acesso à saúde por estes usuários.

O acesso à saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos, independentemente de sua condição física, social ou econômica (BRASIL, 1990). Infelizmente, as pessoas com deficiência muitas vezes enfrentam desafios adicionais para obter atendimento de saúde adequado e acessível (CLEMENTE *et al.* 2022).

Nesse sentido, é necessário que sejam adotadas políticas públicas específicas que garantam o acesso pleno e igualitário aos serviços de saúde para pessoas com deficiência, garantindo a promoção da saúde e o tratamento adequado e integral das condições de saúde dessas pessoas (PINHEIRO, 2003).

Conforme alerta Neri (2003) a falta de infraestrutura, equipamentos e serviços adaptados, bem como a falta de capacitação e conscientização dos profissionais de saúde sobre as necessidades específicas das pessoas com deficiência, são apenas algumas das barreiras que dificultam o acesso à saúde para essa população.

Neste contexto, é fundamental entender os desafios enfrentados pelas pessoas com deficiência no acesso à saúde na APS e buscar soluções efetivas para superar essas barreiras. Conforme destacam Martins e colaboradores (2016) as pessoas com deficiência frequentemente enfrentam desafios significativos no acesso aos serviços de saúde tais como: a falta de acessibilidade física e de comunicação, a falta de profissionais capacitados para lidar com a diversidade de necessidades e a falta de adaptação dos equipamentos e materiais como alguns dos obstáculos que podem limitar o acesso à saúde para as pessoas com deficiência.

Além disso, as desigualdades sociais e econômicas que afetam a população em geral também têm impacto desproporcional sobre as

peças com deficiência, o que pode levar a uma maior vulnerabilidade (VITAL, 2008) e agravamento de suas condições de saúde (PEREIRA; MACHADO, 2016). É essencial, portanto, que a APS adote medidas concretas para superar esses desafios, garantindo o acesso pleno e igualitário aos serviços de saúde para as pessoas com deficiência, promovendo a saúde e prevenindo agravos.

Este capítulo refletiu sobre os desafios na APS quanto ao acesso à saúde para pessoas com deficiência a partir dos seguintes questionamentos: Quais são as principais barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) e como a equipe de saúde pode superá-las para garantir um atendimento inclusivo e de qualidade?

## DESENVOLVIMENTO

Segundo Vieira, Horovitz e Júnior (2012) as pessoas com deficiência enfrentam desafios na APS, tais como: barreiras físicas, dificuldades de comunicação e acesso à serviços de saúde especializados. A APS, como principal porta de entrada do SUS, deve estar preparada para enfrentar esses desafios e oferecer serviços de saúde inclusivos e acessíveis a todas as pessoas, incluindo aquelas com deficiência.

Muitas unidades de saúde não estão adequadamente equipadas para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência, como rampas de acesso, banheiros acessíveis, entre outros (MARQUES *et al.* 2018). As barreiras físicas são uma das principais dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência no acesso à APS. Essas barreiras podem incluir a falta de acessibilidade nas instalações dos serviços de saúde, como a ausência de rampas, corrimãos e elevadores, bem como a falta de banheiros adaptados e de mobiliário acessível, como macas e cadeiras de rodas (SOUSA *et al.* 2020; GERALDO; ANDRADE, 2022).

Além disso, conforme alertam Schultz e Alonso (2016) muitas vezes, os serviços de saúde não oferecem ambientes que possam acomodar pessoas com deficiência em condições de conforto e segurança. Por exemplo, consultórios com espaços reduzidos, que dificultam a movimentação de cadeiras de rodas e outras ajudas técnicas, ou salas de

espera sem recursos que permitam a comunicação efetiva com pessoas surdas, podem dificultar o acesso aos serviços de saúde.

Essas barreiras físicas podem resultar em uma falta de acesso aos cuidados de saúde para pessoas com deficiência, bem como limitar o uso dos serviços de prevenção (MARTINS *et al.* 2016). Para superar esses obstáculos, Assis e Jesus (2012) reiteram que é importante que a equipe de saúde adote medidas para garantir a acessibilidade do ambiente físico, como a realização de adaptações arquitetônicas, o fornecimento de ajudas técnicas, e a disponibilização de recursos que permitam a comunicação efetiva.

A implementação dessas medidas deve ser acompanhada por um compromisso institucional que promova a igualdade de oportunidades e o respeito pelos direitos das pessoas com deficiência (AOKI *et al.* 2017). Desta forma, a APS pode desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças para todos os usuários, incluindo aquelas com deficiência.

Além disto, a comunicação pode ser um desafio para pessoas com deficiência auditiva, visual ou de fala, pois nem sempre há intérpretes ou materiais acessíveis disponíveis para ajudá-las a compreender as informações de saúde. A comunicação é um elemento fundamental na relação entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema de saúde, especialmente na APS, onde o cuidado é mais próximo e personalizado (SILVA *et al.* 2017). No entanto, as barreiras de comunicação podem ser um obstáculo para o acesso aos serviços de saúde para algumas pessoas, como aquelas com deficiências auditivas, visuais ou de fala (ALBUQUERQUE *et al.* 2014).

Para garantir que essas pessoas tenham acesso pleno e igualitário aos serviços de saúde, é essencial que a equipe de saúde esteja preparada para lidar com essas barreiras, utilizando meios de comunicação alternativos e adaptados às necessidades específicas de cada indivíduo (RODRIGUES; DAMIÃO, 2014). Conforme descrevem estes autores, isto inclui a oferta de recursos de acessibilidade, como intérpretes de Libras (Linguagem Brasileira de Sinais), recursos de audiodescrição e legendagem em vídeos,

além da disponibilidade de profissionais capacitados para lidar com a diversidade de necessidades.

Assim, Narciso et al. (2022) afirmam que a adoção de medidas que garantam uma comunicação efetiva e inclusiva na APS é fundamental para promover a igualdade de oportunidades e o respeito pelos direitos das pessoas com deficiência, contribuindo para a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Do mesmo modo, as pessoas com deficiência muitas vezes enfrentam preconceitos e estereótipos negativos, o que pode levar a uma falta de acesso igualitário aos serviços de saúde. Atitudes discriminatórias podem impedir que os usuários com deficiência busquem assistência médica quando precisam, e também limitam as oportunidades para a promoção da saúde e prevenção de doenças (LEITE; CABRAL; LACERDA, 2022).

Além disto, esses preconceitos e estereótipos podem levar a práticas adquiridas por parte dos profissionais de saúde (SALES; TORRES, 2022), como a subestimação da capacidade e autonomia das pessoas com deficiência, a falta de informações e orientações claras, e a falta de compreensão das necessidades e particularidades de cada usuário (GERALDO; ANDRADE, 2022).

Do mesmo modo, as deficiências podem variar em gravidade, tipo e idade de início, e podem afetar diferentes aspectos da saúde, incluindo a mobilidade, a visão, a audição, a fala e outras funções corporais (AOKI *et al.* 2017). Sendo assim, as pessoas com deficiência podem precisar de serviços de saúde especializados que nem sempre estão disponíveis na APS, e isso pode dificultar o acesso ao tratamento adequado.

Para atender a essas necessidades específicas, podem ser necessários serviços de saúde especializados, como ortopedia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e outros serviços que sejam adequados para cada caso. Além disso, pode ser necessário o uso de equipamentos médicos especiais, como cadeiras de rodas, próteses, aparelhos auditivos, entre outros (MENEZES *et al.* 2022).

Assim, para garantir um atendimento de qualidade, é importante que a equipe de saúde da APS esteja preparada para atender às necessidades das pessoas com deficiência, por meio de treinamento, adoção de

recursos de acessibilidade e adaptação do ambiente físico para garantir a acessibilidade.

É importante destacar, conforme descrevem Rocha e estudiosos (2022) que a necessidade de serviços de saúde especializados não deve impedir que pessoas com deficiência tenham acesso aos serviços básicos de saúde, como prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento de doenças comuns, incluindo ações de saúde bucal e de saúde mental.

Em virtude das deficiências, alguns usuários podem ter morbidades coexistentes, o que pode complicar ainda mais o tratamento e requerer cuidados especiais (CLEMENTE *et al.* 2022). Neste sentido, é fundamental que a equipe de saúde adote uma abordagem centrada no usuário, reconhecendo as necessidades e particularidades de cada indivíduo.

Além disso, a equipe de saúde pode superar as barreiras enfrentadas pelos deficientes por meio das seguintes medidas:

- Oferecer recursos de acessibilidade: disponibilizar recursos como intérpretes de Libras, audiodescrição, legendagem em vídeos, materiais em formatos alternativos e adaptados para as necessidades específicas de cada indivíduo (AOKI *et al.* 2017);
- Capacitar a equipe de saúde: oferecer capacitação para a equipe de saúde sobre as necessidades das pessoas com deficiência, como a utilização de recursos de acessibilidade, práticas inclusivas de atendimento e respeito aos direitos das pessoas com deficiência (ALBUQUERQUE *et al.* 2014);
- Adaptar o ambiente físico: realizar adequações arquitetônicas para tornar o ambiente físico acessível, como a instalação de rampas, corrimãos, elevadores, e disponibilizar banheiros adaptados e móveis acessíveis (MARQUES *et al.* 2018; BRASIL, 2015);
- Garantir a comunicação efetiva: disponibilizar recursos que garantem a comunicação efetiva, como a utilização de pictogramas, recursos de fala sintética e tradução simultânea (NARCIZO *et al.* 2022);

- Oferecer cuidado personalizado: oferecer um cuidado personalizado e centrado nas necessidades de cada indivíduo, respeitando a sua autonomia e garantindo a sua participação no processo de cuidado (RODRIGUES; DAMIÃO, 2014).

A adoção dessas medidas é fundamental para garantir um atendimento inclusivo e de qualidade aos deficientes, promovendo a igualdade de oportunidades e o respeito pelos direitos das pessoas com deficiência, para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

## CONSIDERAÇÕES

O acesso à saúde para pessoas com deficiência é fundamental e precisa ser garantido pelo SUS. No entanto, ainda há muitos desafios a serem superados na APS, incluindo barreiras físicas, preconceitos e estereótipos negativos, falta de capacitação da equipe de saúde e falta de recursos de acessibilidade.

Para superar esses desafios, é necessário que a equipe de saúde esteja preparada para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência, por meio de capacitação, adoção de recursos de acessibilidade e adaptação do ambiente físico para garantir a acessibilidade. Além disso, é importante garantir um atendimento livre de preconceitos e estereótipos, respeitando a individualidade e a diversidade das pessoas com deficiência.

É fundamental que o sistema de saúde e a sociedade como um todo sejam inclusivos e respeitem os direitos das pessoas com deficiência, garantindo a igualdade de oportunidades em todos os aspectos da vida, incluindo o acesso à saúde. A conscientização da equipe de saúde e da população em geral é outro ponto fundamental para que a inclusão das pessoas com deficiência seja garantida em todas as áreas da vida, incluindo o acesso à saúde. A criação de políticas públicas e ações afirmativas também são importantes para garantir a igualdade de oportunidades para todas as pessoas com deficiência.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 182-194, 2014.
- AOKI, M. et al. Desafios do cuidado em rede na percepção de preceptores de um Pet Redes em relação à pessoa com deficiência e bebês de risco: Acesso, integralidade e comunicação. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 3, p. 519-532, 2017.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 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. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Diário Oficial da União, 06 Jul, 2015.
- CLEMENTE, K. A. P. et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 64, 2022.
- GERALDO, J. P. B; ANDRADE, S. M. O. Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e25811629082-e25811629082, 2022.
- GOMES, K. de O. et al. Atenção Primária à Saúde-a” menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 881-892, 2011.
- LEITE, L. P.; CABRAL, L. S. A.; LACERDA, C. B. F. Concepções sobre deficiência em instituições públicas e privadas da Educação Superior. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, 2022.
- MARQUES, J. F. et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.
- MARTINS, K. P. et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3153-3160, 2016.
- MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. p. 869, 2019.
- MENEZES, T. A. et al. Distribuição espacial dos serviços de saúde especializados para pessoas com deficiência em João Pessoa/PB: uma análise sobre o acesso em saúde. **revista brasileira de estudos urbanos e regionais**, v. 24, n. 1, 2022.
- NARCIZO, B. A. et al. Comunicação de enfermeiros com deficientes auditivos: uma revisão integrativa. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 11, n. 1, p. 14-32, 2022.
- NERI, M. **Retratos da deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

OMS. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Aprovada pela Assembleia Geral da ONU. 13 de dezembro, 2006.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1033-1051, 2016.

PINHEIRO, H.L. **As políticas públicas e as pessoas portadoras de deficiência**. In: SILVA, S.; VIZIM, M. (Orgs.). Políticas públicas: educação, tecnologias e pessoas com deficiência. Campinas: Mercado de Letras, 2003.

ROCHA, E. F. et al. Os sentidos atribuídos à deficiência pelos profissionais de saúde e o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 32, n. 1-3, p. e205240-e205240, 2022.

RODRIGUES, S. C. M.; DAMIÃO, G. C. Ambiente virtual: auxílio ao atendimento de enfermagem para surdos com base no protocolo de atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 731-738, 2014.

SALES, I. A.; TORRES, J. P. Inclusão de estudantes com deficiência visual em uma Universidade Federal Mineira. **Revista Educação Especial**, p. e20/1-23, 2022.

SCHULTZ, T. G.; ALONSO, C. M. DO. C. Cuidado da criança com deficiência na Atenção Primária à Saúde/Care of children with disabilities in Primary Health Care. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 24, n. 3, p. 611-619, 2016.

SILVA, M. J. et al. Acolhimento e atendimento a pessoas com deficiência na atenção básica: análise das dificuldades apontadas pelos profissionais de Saúde. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 293-309, 2017.

SOUSA, M. A. C. et al. Barreiras no acesso à Atenção Primária para pessoas portadoras de deficiência física. **Revista de APS**, v. 23, 2020.

VIEIRA, D. K. R.; HOROVITZ, D. D. G.; JÚNIOR, J. C. L. Avaliação genética itinerante de crianças e adolescentes com deficiência vinculadas à Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 24, p. 196-203, 2012.

VITAL, F.M.P. Preâmbulo. In: RESENDE, A. P.C.; VITAL, F.M.P. (Coord.). **A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

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

<sup>2</sup> 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>

<sup>3</sup> Mestranda em Saúde, Ambiente e Biodiversidade (PPGSAB) pela Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, <http://lattes.cnpq.br/5659540666498025>

<sup>4</sup> Pós-graduando em Direito médico e da saúde – Legale Educacional, <http://lattes.cnpq.br/2325696638494627>

<sup>5</sup> Mestranda em Ciências e Tecnologias Ambientais (PPGCTA/IFBA/UFSB) pela Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, <http://lattes.cnpq.br/5120742953506052>

<sup>6</sup> Mestra em Ensino e Relações étnico-raciais pela Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, Pós-graduanda em Terapia Cognitiva-comportamental pelo Instituto Cognitivo, <http://lattes.cnpq.br/3528437060155470>

# CAPÍTULO 6 - PROMOVENDO O ACESSO À SAÚDE EM GRUPOS VULNERÁVEIS: O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>1</sup>  
Lislaine Aparecida Fracoli<sup>2</sup>  
João Luis Almeida da Silva<sup>3</sup>  
Jerusa Costa dos Santos<sup>4</sup>  
Caroline Guilherme<sup>5</sup>  
Adriana Rodrigues de Sousa<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

Promover o acesso à saúde é um dos principais desafios enfrentados pela sociedade, principalmente quando se trata de grupos em vulnerabilidades. Nestes podem ser incluídos os Indígenas, Quilombolas, População em Situação de Rua (PSR), População Ribeirinha e População em Privação de Liberdade (PPL), que são exemplos de grupos que sofrem com a falta de acesso à saúde de qualidade e que precisam de políticas públicas específicas para garantir o atendimento necessário.

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental no acesso à saúde desses grupos (MALFITANO; BIANCHI, 2013). Ela é responsável por promover a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças, além de oferecer ações de promoção da saúde e de educação em saúde (MENDES, 2019). Conforme destaca este autor, a APS deve ser capaz de atender a esses grupos de forma acolhedora e sem preconceitos, garantindo um atendimento humanizado e respeitando as especificidades de cada grupo.

Historicamente, os povos indígenas têm enfrentado inúmeras barreiras para receber atendimento de saúde adequado (GONÇALVES; PALHETA, 2012). Na APS, é essencial garantir que os indígenas tenham acesso a serviços de saúde culturalmente apropriados e de qualidade (GOMES; ESPERIDIÃO, 2017). Neste contexto, destaca Mendes e

colaboradores (2018) que é fundamental entender as particularidades culturais dos povos indígenas e promover ações de saúde que respeitem suas tradições e crenças, bem como garantir o acesso aos serviços de saúde convencionais.

Muitas comunidades no Brasil como os quilombolas, enfrentam desafios significativos no acesso à saúde. De acordo com Corrêa e Silva (2021) os quilombolas são grupos étnicos e culturais historicamente marginalizados que vivem principalmente em áreas rurais e remotas. A falta de acesso a serviços de saúde de qualidade pode levar a problemas de saúde evitáveis, como doenças infecciosas, desnutrição, doenças crônicas e complicações relacionadas à gravidez (DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020).

Para atender às necessidades de saúde dessas comunidades, a APS é fundamental (TULLIO, 2019). Este nível de atendimento é responsável por fornecer cuidados de saúde preventivos e curativos básicos, bem como identificar e encaminhar usuários para cuidados especializados, quando necessário (SANTOS *et al.* 2019).

Sob o mesmo ponto de vista quanto à estas vulnerabilidade, destaca-se a População em Situação de Rua (PSR) . Este grupo é invisibilizado diariamente pela sociedade em geral (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014). As condições precárias de vida e a falta de acesso a serviços básicos de saúde tornam essas pessoas mais suscetíveis a doenças e agravos à saúde (HINO; SANTOS; ROSA, 2018).

Conforme alertam Aguiar e Iriart (2012), o acesso à APS para a PSR é um desafio, pois muitas vezes essas pessoas têm dificuldade de se deslocar até as unidades de saúde e enfrentam barreiras devido à falta de documentação, o que dificulta o acesso a serviços de saúde básicos. Além disso, o estigma social associado à condição de rua muitas vezes leva a discriminação por parte de profissionais de saúde, o que torna ainda mais difícil o acesso aos serviços de saúde (TEIXEIRA *et al.* 2020).

Do mesmo modo, a população ribeirinha, ou seja, aquela que vive em regiões próximas aos rios, enfrenta diversas dificuldades no acesso à APS, devido a fatores geográficos, culturais e econômicos (DOMINGOS; GONÇALVES, 2019). Uma das principais dificuldades para essa

população é o acesso geográfico (SILVA *et al.* 2020). As comunidades ribeirinhas muitas vezes estão localizadas em regiões de difícil acesso, o que pode dificultar o deslocamento até as unidades de saúde, principalmente em casos de emergência (GIATTI; CUTOLO, 2012). Além disso, o transporte fluvial é um meio de transporte comumente utilizado, o que pode ser dificultado em caso de intempéries climáticas (JUNIOR *et al.* 2020).

Assim também, conforme discutem Simas e estudiosos (2021) a População Privada de Liberdade (PPL) enfrenta inúmeras barreiras para acesso e permanência na APS. Embora as unidades prisionais ofereçam algum tipo de atendimento médico, odontológico ou de enfermagem, estes muitas vezes não contemplam a integralidade do cuidado, que só poderá ser alcançada na APS (FERNANDES; FERNANDES; BARBOSA, 2020). Ocorre, que as unidades de saúde disponíveis muitas vezes não são equipadas adequadamente para atender a essa população, o que pode resultar em longas esperas e falta de atendimento (SIMAS *et al.* 2021).

De maneira geral, a realidade é que esses grupos enfrentam diversas barreiras para acessar os serviços de saúde, como a falta de unidades de saúde em suas regiões, a dificuldade de deslocamento, a escassez de profissionais qualificados, entre outros fatores. Diante desse cenário, é preciso que a APS se mobilize e adote medidas para promover o acesso à saúde desses grupos, garantindo o atendimento digno e de qualidade a todos (MENDES, 2019).

Sendo assim, questiona-se: quais os principais desafios enfrentados por estes grupos quanto ao acesso à APS? Quais estratégias podem ser utilizadas na promoção do acesso à saúde por estes grupos na APS? Admite-se que cada grupo enfrenta desafios específicos em relação ao acesso na APS. No entanto, estes serão tratados à luz de reflexões e sugestões práticas para os serviços de saúde no tocante a construção de estratégias que atendam às suas necessidades e promovam a sua saúde e bem-estar destes povos.

Neste capítulo, serão discutidos os principais desafios enfrentados por estes grupos no acesso à APS e como a construção de políticas públi-

cas e ações afirmativas podem contribuir para melhorar a qualidade do atendimento e promover a equidade em saúde.

## DESENVOLVIMENTO

Muitos dos desafios enfrentados pelos povos indígenas e quilombolas estão relacionados a questões culturais e de discriminação (GOMES; ESPERIDIÃO, 2017). Estes autores corroboram que as barreiras geográficas representam uma grande barreira ao acesso por comunidades indígenas estarem localizadas em áreas remotas e de difícil acesso, o que torna o deslocamento para atendimento em serviços de saúde dificultoso.

Os quilombolas, historicamente marginalizados (FREITAS *et al.* 2011), que são remanescentes de comunidades de escravos africanos, tem o acesso aos serviços de saúde ainda mais difícil, uma vez que essas comunidades enfrentam uma série de obstáculos que impedem o acesso à APS (CORRÊA; SILVA, 2021). Neste sentido, APS é crucial para garantir o acesso aos cuidados de saúde básicos e ajudar a reduzir as disparidades de saúde entre esta comunidade com as especificidades culturais e de saúde e o restante da população (MENDES *et al.*, 2018).

Segundo Freitas et al. (2011) muitas vezes, as comunidades quilombolas estão localizadas em áreas remotas e de difícil acesso, o que torna o deslocamento até as unidades de saúde um obstáculo. Além disso, a falta de infraestrutura nas comunidades pode dificultar a oferta de serviços de saúde adequados, como água potável e saneamento básico, o que aumenta o risco de doenças.

A falta de serviços de saúde específicos para a PSR é outra questão importante (HINO; SANTOS; ROSA, 2018). É importante que sejam oferecidos serviços de saúde adaptados às necessidades e particularidades desse grupo, incluindo atendimento em locais acessíveis e de fácil alcance para essas pessoas (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014). É fundamental também que os profissionais de saúde que trabalham com essa população nas ruas, sejam capacitados para lidar com as especificidades e os desafios relacionados à saúde da PSR (AGUIAR; IRIART, 2012).

É necessário que sejam combatidas as barreiras sociais e estruturais que impedem o acesso dessa população aos serviços de saúde (TEIXEIRA *et al.* 2020). Este grupo enfrenta diversas dificuldades devido a condições precárias de vida, discriminação e a falta de políticas públicas específicas para atender essa população.

Um dos principais desafios para essa população é a falta de moradia, que impede o acesso a serviços básicos de saúde, como banho e higiene pessoal, o que aumenta a exposição a doenças e agravos à saúde (AGUIAR; IRIART; 2012). Além disso, conforme destaca o estudo de Teixeira e colaboradores (2020), a falta de documentação e a dificuldade de acesso a informações também dificultam o acesso à APS. Muitas vezes, essa população é marginalizada e estigmatizada, o que leva à exclusão social e à falta de acesso a serviços básicos de saúde (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014).

Estes autores alertam ainda que esta população apresenta necessidades e desafios específicos em relação à saúde, que precisam ser atendidos de forma diferenciada, como atendimento em locais acessíveis e horários flexíveis, por exemplo.

A falta de serviços de saúde específicos para a população ribeirinha também é um desafio. Conforme os estudos de Silva *et al.* (2021) é importante que sejam oferecidos serviços de saúde adaptados às necessidades e particularidades desse grupo, incluindo atendimento em locais acessíveis, como por exemplo, por meio de barcos-hospitais. É fundamental que os profissionais de saúde que trabalham com essa população sejam capacitados para lidar com as especificidades e os desafios relacionados à saúde da população ribeirinha (JUNIOR *et al.* 2020).

Outra dificuldade enfrentada pela população ribeirinha no acesso à APS é a falta de informação sobre a importância da prevenção e promoção da saúde (GIATTI; CUTOLO, 2012). Muitas vezes, as comunidades ribeirinhas possuem baixo nível educacional e têm pouco acesso à informação, o que pode dificultar a compreensão e o acesso a serviços de saúde preventivos, como vacinação e prevenção de doenças crônicas (JUNIOR *et al.* 2020).

A estigmatização é a principal barreira de acesso da População em Privação de Liberdade (PPL) à APS (SIMAS *et al.* 2021). A falta de informação e o estigma associado ao encarceramento podem levar a uma falta de confiança na relação com os profissionais de saúde. Isso pode levar à evasão do tratamento e à falta de adesão a medicamentos prescritos (FERNANDES; FERNANDES; BARBOSA, 2020). No entanto, o acesso geográfico representa um importante desafio a ser superado uma vez que as unidades prisionais estão localizadas em áreas afastadas, o que pode dificultar o deslocamento dos presos para as unidades de saúde (SALLA; DIAS; SILVESTRE, 2012).

Cada grupo enfrenta desafios específicos em relação ao acesso, mas em geral, os principais desafios incluem:

- Isolamento geográfico: muitas dessas populações vivem em áreas remotas e de difícil acesso, o que pode dificultar o acesso a unidades de saúde (FAUSTO *et al.* 2022);
- Falta de infraestrutura: as unidades de saúde disponíveis muitas vezes não estão equipadas para atender a essas populações, com falta de recursos, equipamentos e profissionais de saúde (MENDES, 2019). Muitas comunidades indígenas e quilombolas, têm acesso limitado a medicamentos e equipamentos de saúde, o que pode dificultar o diagnóstico e o tratamento adequados de doenças (GIL, 2007). Os profissionais de saúde devem ser capacitados para atender às particularidades culturais destes grupos vulneráveis para garantir que a comunicação seja feita de maneira adequada e respeitosa (GRIMALDI *et al.* 2021). Deve haver um investimento adequado em infraestrutura de saúde nas regiões onde vivem estes povos, para garantir que eles tenham acesso a medicamentos e equipamentos de saúde de qualidade (2014). É fundamental que sejam oferecidos serviços de saúde adaptados às necessidades e particularidades das PSR, populações ribeirinhas e PPL, incluindo atendimento em locais acessíveis e de fácil alcance (FAUSTO *et al.* 2022; FREITAS *et al.* 2011; HINO; SANTOS; ROSA, 2018 ).

- Discriminação e estigma: muitas dessas populações sofrem preconceito e estigma, o que pode levar à falta de confiança na relação com os profissionais de saúde (BRITO; SILVA, 2022). Estes muitas vezes não têm sensibilidade ou conhecimento suficiente para lidar com as particularidades culturais dos povos indígenas e quilombolas, e tal discriminação pode resultar em desrespeito a suas crenças e práticas culturais. O preconceito e a marginalização por parte das PSR e PPL podem levar à exclusão de serviços de saúde e a um tratamento inadequado (LIMA *et al.* 2022; FERNANDES; FERNANDES; BARBOSA, 2020);
- Dificuldades financeiras: muitas dessas populações vivem em situação de pobreza, o que pode dificultar o acesso a tratamentos e medicamentos (FAUSTO *et al.* 2022);
- Dificuldades de comunicação: muitas vezes há barreiras linguísticas e culturais entre essas populações e os profissionais de saúde, o que pode dificultar a compreensão das informações sobre saúde e tratamentos (GOMES; ESPERIDIÃO, 2017). Os povos indígenas, por exemplo, possuem línguas e dialetos próprios, o que muitas vezes impede a comunicação adequada com profissionais de saúde que não falam sua língua. Suas práticas devem ser valorizadas e incluídas na APS, juntamente com os serviços de saúde convencionais (GONÇALVES; PALHETA, 2012);
- Dificuldades de deslocamento: muitas dessas populações têm dificuldades para se deslocar até as unidades de saúde, em especial, as populações ribeirinhas, seja por falta de transporte público ou por questões financeiras (JUNIOR *et al.* 2020; SIMAS *et al.* 2021);
- Ausência de políticas públicas específicas: muitas vezes essas populações não são consideradas em políticas públicas de saúde (MENDES, 2019); As comunidades indígenas, quilombolas e ribeirinhas devem ser incentivadas a participar ativamente das decisões relacionadas à saúde e à gestão dos serviços de saúde (GOMES; ESPERIDIÃO, 2017; KUNZ; HECKERT;

CARVALHO, 2014). Isso pode incluir a oferta de serviços de saúde adaptados às necessidades e particularidades dessa população, incluindo a realização de exames médicos preventivos, a realização de tratamentos psicológicos e psiquiátricos e a oferta de medicamentos de forma adequada e regular.

Para superar esses desafios, é necessário desenvolver políticas públicas que levem em conta as particularidades de cada população e garantam o acesso à APS de forma adequada e inclusiva (MENDES, 2019). Isso pode incluir a oferta de serviços de saúde adaptados às necessidades dessas populações, a capacitação de profissionais de saúde em questões culturais e linguísticas, a oferta de serviços de transporte para essas populações e a inclusão dessas populações em políticas públicas de saúde.

Há no entanto, algumas estratégias que podem ser adotadas no sentido prático, à luz dos autores tratados neste capítulo, para promover o acesso à saúde por populações vulneráveis. Algumas delas incluem:

- Fortalecimento da estrutura de saúde: a oferta de serviços de saúde de qualidade e adequados às necessidades dessas populações, a capacitação de profissionais de saúde em questões culturais e linguísticas, a oferta de serviços de transporte para essas populações e a inclusão dessas populações em políticas públicas de saúde;
- Comunicação acessível: a utilização de materiais informativos acessíveis para essas populações, incluindo linguagem simples e acessível, além da tradução para línguas indígenas ou outras línguas faladas nessas comunidades;
- Ampliação do atendimento: a oferta de atendimento em horários alternativos e em locais próximos das residências dessas populações, como postos de saúde móveis ou fixos em áreas mais remotas;
- Integração com a comunidade: a integração dos profissionais de saúde com as comunidades, promovendo a escuta das necessidades e demandas dessas populações e fomentando a participação social na gestão dos serviços de saúde;

- Capacitação dos profissionais de saúde: a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento humanizado e culturalmente adequado, considerando as especificidades de cada população;
- Inclusão social: a promoção de políticas de inclusão social e de direitos humanos para essas populações, incluindo o acesso à moradia, alimentação, emprego e renda, além de políticas de acesso à educação e cultura.

## CONSIDERAÇÕES

A promoção do acesso à saúde por populações vulneráveis é um desafio para o sistema de saúde brasileiro. Essas populações enfrentam inúmeras barreiras, tais como a distância dos serviços de saúde, a falta de informação e acesso a medicamentos, a discriminação e o preconceito, além das diferenças culturais e linguísticas que dificultam a compreensão e o atendimento adequado.

Porém, a adoção de estratégias de promoção do acesso à saúde, como o fortalecimento da estrutura de saúde, a comunicação acessível, a ampliação do atendimento, a integração com a comunidade, a capacitação dos profissionais de saúde e a inclusão social, pode contribuir para superar essas barreiras e garantir o acesso à saúde para essas populações.

Destarte, é fundamental que sejam adotadas políticas públicas e práticas de gestão em saúde que visem a atender as especificidades dessas populações e promover a equidade no acesso à saúde. Isso envolve a escuta e o diálogo com as comunidades, o respeito à diversidade cultural e a busca de soluções criativas e inovadoras para a promoção do acesso à saúde.

Desta forma, é preciso atuar de forma integrada e com empatia, buscando sempre a garantia do direito à saúde para todos, independentemente de sua condição social ou cultural.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2012.
- ALVES, K. Privatização do sistema único de saúde-qual o futuro dos princípios da equidade, universalidade e integralidade?. **Arquivos do CRM-PR**, v. 31, n. 121, 2014.
- BRITO, C. SILVA, L. D. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 27, p. 151-160, 2022.
- CORRÊA, N. A.; SILVA, H. P. Da Amazônia ao guia: os dilemas entre a alimentação quilombola e as recomendações do guia alimentar para a população brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 30, 2021.
- DOLZANE, R. DA S.; SCHWEICKARDT, J. C. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.
- DOMINGOS, I. M.; GONÇALVES, R. M. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)**, v. 11, n. 1, p. 99-108, 2019.
- FAUSTO, M. C. R. 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.
- FERNANDES, D. C. A.; FERNANDES, H. M. A.; BARBOSA, E. DA S.. Reflexões sobre o direito à saúde das gestantes e puérperas no sistema prisional. **Revista saúde multidisciplinar**, v. 7, n. 1, 2020.
- FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista Cefac**, v. 13, p. 937-943, 2011.
- GIATTI, L. L.; CUTOLO, S. A. Acesso à água para consumo humano e aspectos de saúde pública na Amazônia Legal. **Ambiente & sociedade**, v. 15, p. 93-109, 2012.
- GIL, L. P. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 48-60, 2007.
- GOMES, S. C.; ESPERIDIÃO, M. A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.
- GONÇALVES, R. F.; PALHETA, R. P. **Cuidar do corpo, cuidar da natureza: saúde indígena e biodiversidade na Amazônia brasileira**. Malcher MA, Marques JA, Paula LR, História, comunicação, biodiversidade na Amazônia. São Paulo: Acquarello, p. 173-96, 2012.
- GRIMALDI, M. R. M. et al. O papel da enfermagem para a promoção da sustentabilidade em populações vulneráveis. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, 2021.
- HINO, P.; SANTOS, J. DE O.; ROSA, A. DA S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 684-692, 2018.

JUNIOR, J. C. F. P. et al. Atuação de acadêmicos de enfermagem nas ações de enfrentamento da covid-19 em comunidades ribeirinhas do amazonas: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e5049-e5049, 2020.

KUNZ, G. S.; HECKERT, A. L.; CARVALHO, S. V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26, p. 919-942, 2014.

LIMA, R. F. et al. Access of the street population to primary health care services: advances and challenges. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 2, p. 4461-4474, 2022.

MALFITANO, A. P. S.; BIANCHI, P. C. Terapia ocupacional e atuação em contextos de vulnerabilidade social: distinções e proximidades entre a área social e o campo de atenção básica em saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 21, n. 3, 2013.

MENDES, A. P. M. et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e184, 2018.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. p. 869, 2019.

SALLA, F.; DIAS, C. N.; SILVESTRE, G. Políticas Penitenciárias e as facções criminosas: uma análise do regime disciplinar diferenciado (RDD) e outras medidas administrativas de controle da População carcerária. **Estudos de Sociologia**, v. 17, n. 33, 2012.

SANTOS, W. et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 256-268, 2019.

SILVA, L. B. et al. Conhecimento de profissionais da atenção primária em saúde sobre política de saúde para populações ribeirinhas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

SIMAS, L. et al. Por uma estratégia equitativa de vacinação da população privada de liberdade contra a COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

TEIXEIRA, M. B. et al. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 92-101, 2020.

TULLIO, A. O. S. de. **Acesso aos serviços de saúde de uma comunidade tradicional pesqueira no Nordeste do Brasil: limitações de uma realidade peculiar**. 140f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará, 2019.

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

<sup>2</sup> 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>

<sup>3</sup> 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>

<sup>4</sup> 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>

<sup>5</sup> Doutora em Ciências pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Centro Multidisciplinar - UFRJ Macaé). <https://lattes.cnpq.br/3374026627546687>

<sup>6</sup> Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Coordenadora da Atenção Primária à Saúde de Crateús-CE. Coordenadora do Estágio Supervisionado I da Faculdade Princesa do Oeste-FPO Crateús-CE. <http://lattes.cnpq.br/6514486734998422>

# CAPÍTULO 7 - ACESSO À SAÚDE E SUAS ESPECIFICIDADES DE GÊNERO

Jose Antônio Loyola Fogueira<sup>1</sup>  
Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>2</sup>  
Gabriela Andrade da Silva<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

A partir da criação da lei nº 8.080/1990 do Ministério da Saúde, o acesso ao sistema de saúde pública no Brasil foi reorganizado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Este sistema foi estabelecido com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, além dos princípios organizacionais de hierarquização, regionalização, descentralização administrativa e participação social.

De acordo com a hierarquização do modelo de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada para os usuários acessarem o sistema de saúde, e todos têm igual direito a esse acesso. No entanto, observam-se obstáculos para a garantia desse direito, devido a diversos motivos, pessoais ou organizacionais, como é o caso de pessoas em especificidades de gênero (SANTOS, 2013).

Carrara (2021) define gênero como o termo utilizado para descrever a construção social do sexo biológico. Este conceito faz uma distinção entre a dimensão biológica e relacionada à natureza (sexo) e a dimensão social e relacionada à cultura (gênero). Meyer (2003) refere “gênero” a quaisquer construções sociais, culturais e linguísticas que estão envolvidas nos processos que operam para diferenciar entre homens e mulheres quanto a sexualidade e partes específicas do sexo do corpo.

Desta forma, Nicholson (2000) aponta que, embora as sociedades contemporâneas classifiquem as pessoas como homens ou mulheres com base em suas características físicas (genitália), as ciências sociais afirmam que gênero se refere à organização social das relações sexuais e que homens

e mulheres são produtos de seus contextos sociais e históricos, e não características anacrônicas de seus corpos.

Nesse sentido, Andreoli (2011) destaca que o gênero afeta os comportamentos de risco e busca de saúde de uma pessoa, bem como sua exposição a riscos de saúde e suscetibilidade a doenças. Todas as experiências de saúde, incluindo acessibilidade, uso de serviços e produtos e interação com os prestadores de serviços de saúde são moldados de acordo com a identidade de gênero.

O conceito de identidade de gênero é aplicado a como uma pessoa se sente em relação ao seu próprio gênero (ASSIS, 2012). Neste sentido, o gênero com o qual alguém se identifica afeta seu comportamento, linguagem corporal, padrão de fala e até padrões de pensamento. Cada cultura, seja de um país ou região diferente, tem suas próprias ideias sobre o que é certo e errado para cada gênero, mas nem sempre levam em conta a individualidade da pessoa.

Existem muitas identidades de gênero diferentes, como masculino, feminino, transgênero, gênero neutro, neobinário, *agender*, *pangender*, *genderqueer*, *two-spirit*, terceiro gênero e todos eles, individualmente ou em combinação (VITUDE BLOG, 2020). De acordo com o site Fundo Brasil (2022), estes tipos de orientação sexual são conhecidos pelas letras LGBTQQICAAPF2K+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Questionando, Intersexuais, Curioso, Assexuais, Aliados, Pansexuais, Polisssexuais, Familiares, 2-espíritos e Kink). Estas identidades são conhecidas no Brasil, e serão tratadas neste estudo, pela sigla LGBT.

A necessidade de se promover a universalidade e equidade no acesso e qualidade de serviços de saúde para a população LGBT encontra amparo no que preconiza a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990), no seu Capítulo I - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos. Assim, a população LGBT, em parcerias firmadas entre organismos governamentais e movimento social organizado, propôs na 1ª Conferência Nacional de Políticas Públicas (GLBT), em 2008 (BRASIL, 2007), a criação de uma Política de saúde com foco específico no atendimento às diversas necessidades desta população.

No entanto, embora a partir deste marco, tenha-se avançado no enfrentamento de iniquidades, muitas pessoas LGBT encontram, ainda, barreiras para serem atendidas de maneira adequada e respeitosa. Uma dessas barreiras é o preconceito, comum no setor da saúde e que pode dificultar a procura por atendimento. Além disso, muitos profissionais de saúde não estão capacitados para lidar com questões relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero, o que pode levar a atendimentos inadequados ou a um descaso com as necessidades da população LGBT (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Outro problema, conforme discutem Costa-Val e colaboradores (2022), é a falta de informação sobre as necessidades de saúde específicas da população LGBT, o que leva a uma subdiagnóstico de doenças e condições de saúde, como infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), câncer, transtornos mentais, entre outras. Além disso, muitas pessoas transgênero têm dificuldades para obter tratamentos relacionados à sua identidade de gênero, como a realização de cirurgias de mudança de sexo ou o acesso a hormônios (MERHI, 2021).

Neste capítulo, o foco é refletir sobre as relações de acesso destas populações na APS. É fundamental que sejam adotadas estratégias de acolhimento para garantir o acesso à saúde da população LGBT na atenção primária. Isso inclui a capacitação dos profissionais de saúde, a garantia da privacidade e confidencialidade dos atendimentos, a disponibilização de informações sobre saúde LGBT e o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a igualdade de acesso à saúde para todas as pessoas, independentemente da orientação sexual ou identidade de gênero.

## DESENVOLVIMENTO

Fogueira e Silva (2019) alertam que a falta de estudos e pesquisas sobre o acesso e atendimento da população LGBT em serviços de APS é uma preocupação, já que essa falta sinaliza a necessidade de incluir esse tema nos currículos acadêmicos para formar profissionais de saúde mais conscientes e preparados para atender a esta diversidade de existência humana e suas necessidades em saúde. De acordo com esses autores, nas

pesquisas acadêmicas, a população LGBT é frequentemente abordada de forma global.

Neste interim, para ampliar o acesso à saúde na APS por estas populações, considera-se a urgente necessidade de capacitação dos profissionais de saúde. Conforme destacam Paulino, Rasera e Teixeira (2019), muitos profissionais de saúde não têm conhecimento sobre a saúde e os direitos LGBT, o que pode levar a um atendimento inadequado e discriminatório. Além disso, a falta de capacitação também pode resultar em uma falta de compreensão e respeito pelas identidades de gênero e orientações sexuais que hipoteticamente ocorrem através do estigma e o preconceito pela não conformidade de gênero, que é uma barreira ao acesso e atendimento nos serviços primários de saúde (FOGUEIRA; SILVA, 2019).

A não conformidade de gênero, presente nesse público, constitui-se o principal alicerce para que sejam classificados como uma subclasse ou não pertencentes a classe social alguma. Para suas vivências em conformidade com o seu papel social, travestis e transexuais lançam mão de verdadeiras reconstruções corporais na tentativa de aproximação ao gênero desejado (BEAGAN *et al.*, 2013; FRANKLIN, *et al.*, 2016). Deste modo, Nogueira e Aragão (2019) destacam que pessoas LGBT têm necessidades específicas de saúde e, na busca por atendimento nesses serviços, são por inúmeras vezes invisibilizadas, ou tratadas de forma que vários obstáculos se constroem.

A necessidade de atendimento especializado para pessoas transgêneros é inegável, especialmente no que diz respeito ao processo de harmonização e reconstrução corporal. Para garantir um atendimento de qualidade, é fundamental que todos os profissionais envolvidos, desde o funcionário de atendimento ao médico, sejam capazes e entendam a importância do acolhimento dessas pessoas. Somente assim será possível garantir o acesso e o atendimento adequado na APS (FOGUEIRA; SILVA, 2019).

Com foco ao acesso na APS, outra estratégia de acolhimento trata da garantia da privacidade e confidencialidade dos atendimentos para a população LGBT. É fundamental assegurar o respeito à diversidade de

gênero e orientação sexual desses usuários. Segundo Zanchetta e Silveira (2022), o atendimento pela equipe multidisciplinar para essa população pode envolver questões altamente pessoais e sensíveis, e é importante que esses dados sejam mantidos em sigilo para preservar a privacidade e integridade dos usuários.

Na APS, assim como em qualquer outro serviço de saúde, é fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para oferecer um atendimento acolhedor, respeitoso e confidencial a esses usuários. Isso inclui medidas para proteger a privacidade dos usuários durante o atendimento, tais como o uso de salas de exames e tratamentos adequados de informações médicas (JESUS *et al.*, 2021).

Na perspectiva de qualificar o acesso na APS pela população LGBT, torna-se fundamental a disponibilização de informações sobre saúde LGBT. A falta destas informações é um obstáculo para garantir o acesso e o atendimento integral desta população na APS. Sem informações específicas sobre suas necessidades em saúde, a população LGBT pode ser mal atendida ou negligenciada em relação a questões que são relevantes para sua saúde.

A disponibilização de informações sobre saúde LGBT torna-se, portanto, fundamental para garantir o acesso e o atendimento desta população. É importante que estas informações sejam claras, acessíveis e objetivas, a fim de garantir que os profissionais de saúde possam oferecer atendimento de qualidade, sempre levando em consideração as suas particularidades (PINTO; MURILLO; OLIVEIRA, 2021).

Além disso, a disponibilização de informações sobre saúde LGBT também pode contribuir para o combate a estereótipos e preconceitos que impedem o acesso à saúde desta população.

Por fim, entre outras necessidades, alerta-se quanto ao desenvolvimento de políticas públicas que promovam a igualdade de acesso. Apesar da existência de normas legais que estabelecem as políticas de saúde para estas populações, a saber, a portaria do Ministério da Saúde nº 1.820/2009 que normatiza o uso do nome social no âmbito do SUS das travestis e das mulheres e homens transexuais (BRASIL, 2009), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis

e Transexuais (BRASIL, 2011), bem como a portaria do Ministério da Saúde nº 2.803/2013, que amplia o processo transexualizador no SUS (BRASIL, 2013), tais políticas estão distantes de se concretizar como uma prática comum no âmbito da saúde no Brasil, e principalmente na APS, o que gera diversos questionamentos entre profissionais de saúde.

De acordo com Ferreira et al. (2020), os profissionais de saúde questionam a concepção e construção das políticas públicas de saúde para a população de minorias sexuais, bem como a sua participação no processo de elaboração dessas políticas. Além disso, há um debate sobre como e onde essas políticas devem ser incorporadas. Alguns argumentam que os profissionais que trabalham com esse público deve receber uma formação específica, enquanto outros acreditam que a implementação dessas políticas deve ser abrangente em todas as esferas do SUS, e que todos os profissionais de saúde devem ser capacitados desde a formação acadêmica em seus respectivos cursos.

Diversos estudiosos tratam sobre a humanização para garantir um atendimento de qualidade aos usuários da APS, especialmente para a população LGBT. Esta implica em considerar a diversidade humana e promover a igualdade de oportunidades e direitos, valorizando a individualidade de cada pessoa e respeitando suas escolhas e orientações sexuais e de gênero (FABRÍCIO *et al.*, 2022).

A investigação de Piratelli Filho e colaboradores (2019) sugere que os profissionais de saúde precisam estar atentos às necessidades específicas da população LGBT, que enfrenta barreiras na busca por assistência médica adequada, devido à estigmatização. Por isso, é fundamental que eles estejam preparados para oferecer um atendimento respeitoso e acolhedor, que considerem as questões de gênero e sexualidade.

Além disso, a humanização na APS também significa garantir a privacidade e confidencialidade dos dados dos usuários, bem como a sensibilização dos profissionais de saúde para o atendimento de casos de violência ou orientação baseada em orientação sexual ou identidade de gênero.

Como sugestão, seguem algumas orientações, de ordem prática, na adoção de uma abordagem centrada no usuário, que reconheça as

especificidades e necessidades dessa população. Algumas medidas que podem ser aceitas incluem:

- Capacitação da equipe de saúde: é fundamental que uma equipe de saúde seja capacitada sobre as especificidades da população LGBT, incluindo questões relacionadas à saúde sexual, identidade de gênero e diversidade sexual (JESUS *et al.* 2021);
- Utilização de linguagem inclusiva: é importante utilizar uma linguagem inclusiva e que respeite a identidade de gênero das pessoas, evitando o uso de pronomes e termos inadequados ou preconceituosos (FABRÍCIO *et al.* 2022);
- Adaptação do ambiente físico: é importante adaptar o ambiente físico para torná-lo mais inclusivo, incluindo a disponibilização de banheiros unissex e a flexibilidade de espaços de atendimento para garantir a privacidade e o conforto das pessoas (CARRARA, 2021);
- Garantia de atendimento sem reconhecimento: é fundamental garantir que todas as pessoas sejam atendidas sem reconhecimento, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero (PIRATELLI FILHO, 2019).

Em suma, a população LGBT enfrenta diversos obstáculos para ter acesso à saúde de forma efetiva, e essa questão precisa ser enfrentada de forma mais ampla e objetiva, tanto pelo setor público quanto pelo privado. Além disso, é preciso haver políticas públicas que garantam o acesso à saúde para todas as pessoas, sem distinção, e que promovam a equidade de gênero e a igualdade de direitos.

## CONSIDERAÇÕES

A falta de conhecimento e compreensão dos profissionais de saúde em relação à população LGBT e suas necessidades específicas na APS impedem a prestação de um atendimento de qualidade e humanizado. Além disso, preconceitos culturais e sociais, juntamente com a ausência de formação sobre o tema nos currículos acadêmicos, criam barreiras ao acesso e atendimento desse público nos serviços de saúde.

É importante destacar que todas as pessoas, independentemente de sua identidade de gênero, têm o direito de serem tratadas com respeito e humanidade. Uma atitude humanizada por parte dos profissionais de saúde pode contribuir para uma adesão mais efetiva aos serviços e tratamentos, além de minimizar as complicações para a população LGBT e para o sistema de saúde como um todo.

Por isso, é fundamental a formação dos profissionais de saúde, incluindo o conhecimento e compreensão sobre as especificidades do gênero e a inclusão do tema da população LGBT na APS, para a garantia da privacidade e confidencialidade dos atendimentos.

A humanização na assistência aos usuários LGBT é fundamental para garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade e inclusivos. A APS deve ser um lugar seguro e acolhedor para todos, independentemente da orientação sexual ou identidade de gênero, e os profissionais de saúde devem estar preparados para atender às necessidades específicas desta população

Por fim, ainda falta muita compreensão dos conceitos de “Identidade de Gênero” e “Orientação sexual”, uma vez que estes são marcadores das performances de vida bem distintos. Neste escopo, muitos estudiosos, não tendo o lugar de fala, tratam do assunto como se fosse “tudo a mesma coisa”. É hora de que a sociedade, como um todo, se conscientize da importância da inclusão, humanização e da garantia do acesso à saúde para todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero.

## REFERÊNCIAS

- ANDREOLI, G. Representações de masculinidade na dança contemporânea. **Movimento**, v. 17, n. 1, p. 159-175, 2011.
- ASSIS, M. **Acerca do feminino e do masculino na dança**. 2012. 130 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- BEAGAN, B. et al. Working with transgender clients: learning from physicians and nurses to improve occupational therapy practice. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 80, n. 2, p. 82-91, 2013.

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. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Presidencial de 28 de novembro de 2007. **Convoca a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, e dá outras providências.** Brasília, DF, 28 de Novembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** Brasília, DF, 13 de agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.836 de 1 de dezembro de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).** Brasília, DF, 1 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.803 de 19 de novembro de 2013. **Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, 19 de novembro, 2013.

CARRARA, S. Cambios y continuidades en la reflexión sobre género, sexualidad, raza y clase en América Latina. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro) [online]. n. 37, 2021.

COSTA-VAL, A. et al. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, 2022.

FABRÍCIO, J. M. et al. O Enfermeiro na atenção primária frente as IST' s na população LGBT. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e55111032276-e55111032276, 2022.

FERREIRA, J. C. G. A. et al. Acolhimento e atendimento da população LGBTQIA+ na Atenção Primária. **Revista de APS**, v. 23, 2020.

FOGUEIRA, J. A. L.; SILVA, G. A. **O atendimento da população transgênero na atenção básica à saúde.** Monografia (Especialização). Universidade Federal do Sul da Bahia. Especialização em Saúde Coletiva, 2019.

FRANKLIN, T. A. et al. Bioética da proteção na acessibilidade à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. **Revista de Enfermagem UFPE on Line**, v. 10, n. 9, p. 3483-3488, 2016.

FUNDO BRASIL. **Significado da sigla LGBTQIA+.** 2022.

JESUS, N. N., et al. Conhecimento sobre a PNSILGBT e competência cultural: reflexões acerca da atuação dos profissionais de saúde no “(cis) tema” de saúde1. **População LGBT+: demandas e necessidades para a produção do cuidado**, p. 273, 2021.

MERHI, T. E. T. C. Transexualidade na atenção primária de saúde: um relato de experiência em uma unidade de uma cidade em Goiás. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 7074-7082, 2021.

MEYER, D. **Gênero e educação: teoria e política.** In: LOURO, Guacira; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana (org.). Corpo, gênero e sexualidade. Petrópolis: Vozes, , p. 9-27, 2003.

NOGUEIRA, F. J. S.; ARAGÃO, T. A. P. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 463-470, 2019.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 8, n. 2, p. 9-42, 2000.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 23, 2019.

PEREIRA, L. B. P.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795-1795, 2019.

PINTO, D. R.; MURILLO, R. S. G.; OLIVEIRA, M. de J. Revendo a questão da saúde LGBT no âmbito da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 4, n. 13, p. 306-326, 2021.

PIRATELLI FILHO, M. B. et al. Investigação sobre a assistência prestada à população LGBTQ+ na atenção primária de saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 9, n. 49, p. 1519-1525, 2019.

SANTOS, A. S. **Problematizando o acesso e o acolhimento de travestis e mulheres transexuais nos serviços de saúde**. In: III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Salvador: 2013.

VITUDE BLOG. **Identidade de gênero: tudo o que você precisa saber**. 25, Jun, 2020.

ZANCHETTA, S. B.; DA SILVEIRA, E. A. A. Assistência à saúde de adolescentes de minorias sexuais e de gênero: scoping review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e36011225766-e36011225766, 2022.

<sup>1</sup> 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>

<sup>2</sup> Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP, Professora adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB, <http://lattes.cnpq.br/9648837459608252>

# CAPÍTULO 8 - GESTÃO DA OFERTA E DEMANDA DO ACESSO: ACOLHIMENTO POR EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>1</sup>  
Thaynara Silva dos Anjos<sup>2</sup>  
Lislaine Aparecida Fracolli<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

A gestão da oferta e demanda do acesso à saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) é um tema que merece demasiada atenção pois é o primeiro nível de atendimento do sistema de saúde, onde a maior parte das demandas da população é atendida (MENDES, 2019). Nesse sentido, é fundamental que as vagas de acesso à saúde na APS sejam suficientes e qualificadas, a fim de atender às necessidades da população de forma eficiente e efetiva.

Conforme Camargo e Castanheira (2020), a gestão adequada das vagas de acesso à saúde é essencial para garantir que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) tenham acesso aos cuidados básicos de saúde, como consultas, exames, prevenção e o tratamento de doenças. Isto porque, a APS também desempenha um papel importante na promoção da saúde e na prevenção de doenças crônicas, o que reforça a importância de uma gestão adequada das vagas (MENDES, 2017).

A gestão eficiente desse acesso requer a adoção de políticas públicas que garantiram a oferta adequada de serviços e tecnologias em saúde, bem como o atendimento às demandas da população de forma equitativa e sustentável (GIOVANELA; ALMEIDA, 2017). A demanda por serviços de saúde é crescente em função do envelhecimento da popula-

ção (GEIB, 2012), da urbanização (AMARAL *et al.* 2012) e dos novos hábitos de vida (ARAGÃO *et al.* 2023). Por isso, é fundamental que sejam implementadas estratégias efetivas para que a oferta de serviços de saúde seja suficiente e qualificada, a fim de atender às necessidades da população brasileira.

A demanda por acesso à APS pode ser dividida em três tipos: demanda espontânea, demanda programada e demanda regulada. A demanda espontânea é a demanda de quando o usuário procura atendimento sem agendamento prévio (MENDES, 2017). Essa demanda pode ser causada por doenças agudas, como febre, dor de cabeça, entre outras, ou por necessidades de cuidados preventivos, como vacinação e aconselhamento. A programada ocorre de forma automática, com agendamento prévio (CABRAL *et al.* 2016). Essa demanda pode ser causada por necessidades de cuidados específicos, como consultas de rotina, exames de saúde e acompanhamento de doenças crônicas. E a regulada, não muito comum na APS (DALCUCHE; MENDES, 2017), é comumente utilizada em sistemas de saúde com grande demanda ou em que a disponibilidade de serviços é limitada, permitindo uma distribuição mais eficiente dos serviços de saúde.

Para atender às demandas de acesso à APS, é importante que o sistema de saúde esteja preparado para lidar com as diferentes formas de demanda (MENDES, 2017). Isso pode incluir a disponibilidade de profissionais de saúde em horários regulares (ALMEIDA *et al.* 2021), o uso de tecnologia para facilitar o agendamento e a triagem de usuários (CELUPPI *et al.* 2021), a ampliação da infraestrutura de saúde (CUNHA *et al.* 2020) e o investimento em programas de prevenção e promoção da saúde (VIEGAS *et al.* 2021). Além disso, ações para garantir a equidade no acesso à saúde, como a redução das desigualdades sociais e a oferta de serviços de saúde em áreas remotas (FAUSTO *et al.* 2022), também são fundamentais para garantir um acesso justo e eficiente à APS.

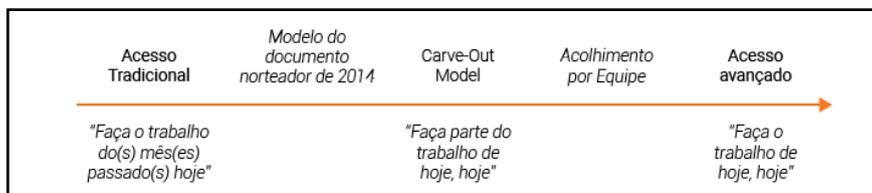
Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) buscou solucionar os problemas do acesso à saúde por meio da implementação da diretriz do acolhimento. Essa abordagem visa aprimorar o acesso aos serviços de saúde por meio da qualificação da escuta e da

reorganização do processo de trabalho (BRASIL, 2007). O escopo desta política foi o de promover um processo de trabalho saudável, ao estabelecer uma relação de confiança entre usuários e profissionais ou equipes orientadas pelos princípios do SUS.

A PNH propõe o acolhimento como um método ético e político de operar nos processos de trabalho em saúde em todos os momentos, a fim de oferecer uma escuta qualificada, postura cidadã e humanizada a todos os usuários que procuram serviços de saúde. Essa estratégia visa atender integralmente o usuário, buscando vivenciar as necessidades de saúde da sociedade de forma regionalizada e harmoniosa. Em outras palavras, é um recurso apoiador da qualificação do SUS porque visa nortear ações como a oferta de acesso em tempo oportuno ampliando a efetividade das práticas de saúde por uma escuta qualificada ao usuário.

Giordani e colaboradores (2020) definem o acolhimento como uma tecnologia situada na micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho se torna um espaço público aberto à discussão coletiva e reorientações. Isso permite a autogestão dos trabalhadores e a construção da autonomia dos usuários, tornando-se uma ferramenta valiosa para melhorar a qualidade do atendimento e o envolvimento de todos os envolvidos no processo de cuidado em saúde.

Nesta perspectiva, o Acolhimento por Equipe (AE) na APS é uma estratégia que busca aprimorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, permitindo uma abordagem mais humanizada e integral dos cuidados de saúde (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020). Segundo estas autoras, o AE representa um modelo de transição entre modelo *carve-out* e o Acesso Avançado (AA) – Figura 1.



Fonte: CAMARGO, CASTANHEIRA, 2020.

De acordo com Melo e colaboradores (2022), este consiste em um processo que inicia no momento em que o usuário procura o serviço de saúde e é recebido pela equipe de saúde, que deve realizar uma escuta qualificada para identificar suas necessidades e orientá-lo para a melhor forma de atendimento. Essa estratégia tem como objetivo reduzir as filas de espera, diminuir o tempo de espera por atendimento, aumentar a satisfação dos usuários e permitir uma abordagem mais ampla das necessidades de saúde dos usuários.

Melo et al. (2022) analisou positiva a implantação do acolhimento pelos profissionais pois esteve relacionada à garantia do acesso por meio da reorganização do processo de trabalho e aproximação da equipe com os usuários. Além disso, o acolhimento por equipe é uma estratégia importante para o cuidado de usuários com doenças crônicas, já que permite uma abordagem mais integrada e coordenada dos cuidados de saúde (GIORDANI *et al.* 2020). Dessa forma, é possível evitar internações desnecessárias e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos usuários.

Dito isto, este capítulo procurou refletir sobre o AE como ferramenta de gestão da oferta e demanda na APS, como estratégia de promoção de um cuidado mais abrangente e como norteadora dos atendimento das necessidades expressas pelos usuários, a partir da seguinte questão: como a gestão da oferta e demanda do acesso através do AE pode melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços na APS?

## DESENVOLVIMENTO

A promoção do cuidado mais abrangente é uma das estratégias relevantes que permeia o AE. Nesse sentido, o usuário é acolhido em qualquer uma de suas demandas, seja demanda de rotina ou queixa aguda, sendo assistido no mesmo dia ou no máximo em 20 dias de acordo à demanda. Dessa forma, a assistência torna-se diversificada e abrangente, incluindo o acolhimento a novas demandas (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

Contraopondo-se a essa perspectiva, alguns profissionais consideram a demanda espontânea fora do escopo da APS, considerando-a

exclusivamente campo de atuação da atenção terciária (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020). Esse pensamento repercute na dificuldade que profissionais da APS possuem na gestão do acolhimento com classificação de risco na APS. Somado a isso, há limitações de conhecimento do Sistema de Triagem de Manchester na APS, podendo relacionar-se com limitações na grade curricular acadêmica. Todos esses fatores estão associados também ao medo de que o acolhimento às demandas espontâneas descaracterize a APS (MORELATO *et al.*, 2021).

A assistência ao paciente crônico, geralmente associada a APS, requer ajuste no campo de atuação do AE. Por vezes, profissionais e pacientes estão habituados ao agendamento das consultas a longo prazo, decorrentes de outros modelos de agendamento. No AE, a procura do paciente crônico por assistência de qualquer situação deve ser aproveitada como oportunidade para promoção do cuidado. Em casos de queixas agudas decorrentes de quadros crônicos, o AE oportuniza o melhor controle das instabilidades desses pacientes (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

A atuação da APS como porta de entrada do serviço de saúde envolve o acolhimento à demanda espontânea, garantindo a disponibilidade dos serviços à população. O acolhimento ao usuário deve acontecer no momento em que ele julga necessário e busca o serviço na unidade. Nesse sentido, as demandas serão diversificadas desde casos agudos a demandas que o usuário perceba como importante para a sua saúde (SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Cabe ressaltar o cuidado quanto ao julgamento dos profissionais em relação às necessidades expressas pelos indivíduos. As necessidades podem ser consideradas urgentes pelo usuário e não urgentes pelo profissional, o que pode ocasionar conflitos, perda de vínculo e perda de confiança no sistema de saúde (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020). Cada momento de acolhimento deve ser considerado como oportunidade para assistência do usuário, para além dos aspectos clínicos (SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Os usuários esperam que suas necessidades sejam assistidas de maneira adequada, com ofertas de serviços efetivos, respeitando

a dignidade, autonomia e confidencialidade das informações. Isso contribui para a avaliação positiva dos indivíduos quanto aos serviços (MENDES, 2019).

As necessidades percebidas pelos usuários são diversas, abrangendo aspectos ambientais, com as relações do espaço da vida cotidiana, necessidades de relações sociais e de autocuidado. Entre os profissionais da APS, não deve associar como válidas apenas as necessidades biológicas. Há usuários que negligenciam a busca por acolhimento às necessidades percebidas devido a associação que a APS é organizada para pessoas doentes, distanciando o serviço da proposta do cuidado integral (FARÃO; PENA, 2020).

O acolhimento com profissionais capacitados para escuta ativa e qualificada é um recurso capaz de melhorar a qualidade da APS, possibilita a autonomia, cidadania e a corresponsabilização do cuidado à saúde e inclui os usuários nos serviços (MITRE *et al.*, 2012). A implantação do acolhimento pelos profissionais facilita o acesso, melhora a resolutividade, otimiza o processo de trabalho e fortalece o vínculo entre os usuários e profissionais e a relação interprofissional (MELO *et al.*, 2022). A gestão das demandas no AE diminui o tempo de espera para consultas e viabiliza o atendimento das necessidades autopercebidas pelos usuários, além de melhorar a satisfação do paciente e melhora a valorização e produtividade profissional (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

O simples acolhimento, quando desprovido das características supracitadas, distancia-se da proposta da APS, limitando-se a triagem na porta do serviço, confundindo-se até mesmo com um pronto atendimento. Nesse caso, os usuários são excluídos da assistência, dificulta a adesão ao tratamento, o vínculo e a corresponsabilização. Não há apoio dos profissionais, que se sentem sobrecarregados com mais uma tarefa, dificultando a qualificação da APS (MITRE; ANDRADE; GOTTA, 2012).

Em estudo realizado com uma equipe multiprofissional de ESF observou-se que a maioria dos profissionais não conheciam as diretrizes da PNH e não conheciam propriamente o acolhimento, limitando-o a receber de forma adequada o usuário no serviço, não associando à escuta

qualificada e ao comprometimento com as necessidades do usuário (GUSMÃO *et al.*, 2021). O acolhimento com qualidade é fundamental para a melhora nos serviços. Entretanto, essa ferramenta ainda é um desafio para as ESF, necessitando de treinamento e utilização de protocolos para efetivação desse processo (OLIVEIRA; MORAES, 2021).

No AE, o usuário inicialmente é recepcionado pelo ACS. Logo após, a primeira escuta é realizada pelo enfermeiro, que pode realizar a consulta de enfermagem, ou conduzir o usuário para consulta com o médico do dia, ou agendar para grupos ou vagas da equipe (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020). Em estudo realizado em uma unidade que não possuía o AE, o acolhimento era realizado unicamente pelo ACS, em um horário pré-definido, baseando-se no modelo biomédico, o que se contrapõe às recomendações na PNH. Toda a responsabilidade da demanda dos usuários se restringe a um único profissional, o ACS, acarretando sobrecarga psíquica e instabilidade no vínculo com o usuário (GUSMÃO *et al.*, 2021).

A inclusão do enfermeiro no processo de acolhimento apresenta-se como facilitador, tendo em vista sua formação generalista para a compreensão, coordenação e encaminhamento do indivíduo dentro do serviço (ROSSATO, 2018). Entretanto, a participação da equipe nesse processo ainda é divergente entre os profissionais (GIORDINI *et al.*, 2020).

O acolhimento deve envolver atitudes em equipe e com o usuário, iniciando na porta de entrada e estendendo-se até o final do atendimento. Conhecer a percepção dos usuários também contribui para melhorar o processo. Assim, favorece o acesso, satisfação, o vínculo e o bom relacionamento entre a equipe e o usuário (ROCHA *et al.*, 2018).

Em estudo de revisão sistemática e metassíntese observou que a compreensão do acolhimento, em sua maioria, compreendia processos de recebimento, escuta e avaliar demanda ou necessidade. A classificação de risco e a análise da vulnerabilidade foi pouco associado nesse processo. A escuta qualificada e a atenção foram percebidas como elementos da humanização (GIORDINI *et al.*, 2020).

As políticas de saúde alcançaram um grande progresso na última década. Todavia, ainda é necessário a efetivação dessas políticas e adesão contínua do acolhimento na APS. Para isso, faz-se necessário organização, periódica discussão e avaliação (GIORDINI *et al.*, 2020).

## CONSIDERAÇÕES

A gestão adequada da oferta e demanda do acesso à saúde é um desafio para muitos sistemas de saúde, incluindo o brasileiro. Nesse contexto, o AE na APS tem se mostrado uma estratégia eficiente para promover um atendimento mais humanizado, acessível e integral. A implementação dessa abordagem, precursora ao AA, contribui para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, redução das filas de espera, aumento da satisfação dos usuários e cuidado mais integrado para pacientes com doenças crônicas. Dessa forma, é importante que os gestores de saúde estejam engajados em implementar o AE na APS, como medida fortalecedora de ampliação do acesso e consequentemente à gestão da oferta e demanda.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P.F. 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.
- AMARAL, F. L. J. DOS S. et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 2991-3001, 2012.
- ARAGÃO, H. T. et al. Demandas e utilização de serviços de saúde entre imigrantes de uma região metropolitana do nordeste do Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 27, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. 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.
- CABRAL, T. DO V. et al. Caracterização da demanda de uma unidade de saúde através do agendamento programado. **Revista de APS**, v. 19, n. 2, 2016.

CELUPPI, I. C. 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.

CUNHA, C. R. H. DA et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1313-1326, 2020.

DALCUCHE, M. G.; MENDES, E. V. A integração em Rede da Atenção Primária (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no estado do Paraná. **Espaço para a saúde**, v. 18, n. 1, p. 31-37, 2017.

FAUSTO, M. C. R. 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.

FARÃO, E. M. D., PENNA, C. M. M. As necessidades em saúde de usuários e sua interação com a atenção primária. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, e-1299, 2020.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 123-133, 2012.

GIORDANI, J. M. DO A. et al. Fatores associados à realização de acolhimento pelas equipes da Atenção Básica à Saúde no Brasil, 2012: um estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

GIOVANELLA L.; ALMEIDA, P.F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad Saude Publica**. 2017; 33(2):1-21.

GUSMÃO, R. O. M.; et al. Acolhimento na atenção primária a saúde na percepção da equipe multiprofissional. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 13, p. 1590-1595, 2021.

MELO, M. V. S 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, E. V. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. p. 869, 2019.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária em saúde**. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2017.

MELO, M. V. DA S. 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, suppl 1, 2022.

MORELATO, C. S. et al.. Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses' learning needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. Rev. Bras. Enferm., 2021 74(2), 2021.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M.. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate

da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. Ciênc. saúde coletiva, 2012 17(8), p. 2071–2085, ago. 2012.

OLIVEIRA, R. DA C.; MORAES, M. C. L. de. Profissionais das equipes de saúde da família e o acolhimento: treinamentos e protocolos/ Professionals from family health teams and user embracement: training and protocols. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 7, p. 65989–66003, 2021.

ROCHA, F. C. V.; et al. Elderly Welcoming in Primary Health Care: The user Perspective / Acolhimento ao Idoso na Atenção Básica: Visão do Usuário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 669–674, 2018.

ROSSATO, K.; et al. Acolhimento com classificação de risco na Estratégia de Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 144–156, 2018.

VIEGAS, S. M. DA F. 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. Rev. Bras. Enferm., 2021 74(2), 2021.

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

<sup>2</sup> 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>

<sup>3</sup> 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 9 - ACESSO AVANÇADO: UMA ALTERNATIVA TECNOLÓGICA POTENTE PARA AMPLIAR O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>1</sup>

Lislaine Aparecida Fraccolli<sup>2</sup>

Thaynara Silva dos Anjos<sup>3</sup>

Jerusa Costa dos Santos<sup>4</sup>

Daniela Cristina Geraldo<sup>5</sup>

Denise Maria Campos de Lima Castro<sup>6</sup>

### INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1990, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se consolidado como a principal porta de acesso para o Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2019). No entanto, existem diversos fatores que tornam o acesso à saúde mais difícil (LIMA *et al.* 2015). Estes contam com um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de saúde (MURRAY; TANTAU, 2000), uma distribuição inadequada do território de atendimento (SANT'ANA, 2017), horários reduzidos de funcionamento dos serviços de saúde (CIRINO *et al.* 2020), dentre outros.

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.

Neste sentido, para organizar as agendas e ampliar o acesso aos serviços de saúde, diversos países, incluindo o Brasil, tem adotado o Acesso Avançado (AA). Este foi desenvolvido por estes dois pesquisadores, Murray e Tantau (2000) com o lema: “Faça hoje, o trabalho de hoje!”, que adota uma estratégia oposta e distinta de outros modelos de agendamento, uma vez que os usuários são atendidos no mesmo dia ou em um prazo de até 48 horas (MURRAY; BERWICK, 2003).

No AA, conforme descrevem Lima e colaboradores (2019), a agenda permanece aberta e os horários são preenchidos diariamente de acordo com a demanda, sejam elas condições crônicas, eventos agudos, demandas administrativas, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos usuários. Ao contrário de outros modelos, a agenda não é dividida em períodos reservados para grupos específicos, como hipertensos, diabéticos ou tabagistas. Estes autores ainda relatam que, cada serviço de saúde estabelece seu próprio “limite de tolerância” para agendamentos futuros. No entanto, a flexibilidade é “soberana” e o usuário pode ser agendado para um momento posterior, se desejar (sua autonomia) e se sua condição clínica permitir.

Vidal et al. (2019) alertam que os profissionais de saúde devem adotar uma nova abordagem e deixar de fazer distinção entre as consultas de urgência e de rotina. Para alcançar esse objetivo, é recomendado que 65% a 75% da agenda esteja totalmente aberta.

A implementação do AA exige mudanças profundas na cultura e na organização dos serviços de saúde, incluindo a adoção de uma prática colaborativa e o uso de tecnologias para aprimorar a comunicação e a gestão de informações (BRETON *et al.* 2022). Além disso, é importante que haja uma ampla divulgação sobre as funcionalidades do AA e sobre os benefícios que ele pode trazer tanto para os profissionais de saúde quanto para os usuários.

No início, o modelo de AA foi proposto com base em seis pilares (MURRAY; BERWICK, 2003). Em 2022, estes foram reelaborados em cinco pilares fundamentais (BRETON et al., 2022):

- 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;
- 5) Comunicação sobre acesso avançado e suas funcionalidades

Neste sentido, este capítulo discorreu sobre estes pilares, na tentativa de produzir conhecimento prático para melhorar o acesso dos usuários aos cuidados de saúde, reduzir o tempo de espera, aumentar a satisfação dos usuários e melhorar a continuidade do cuidado. Neste

contexto, este capítulo explorou o conceito e a aplicação do modelo AA na APS, discutindo seus benefícios, desafios e como recomendações para os profissionais de saúde e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

## DESENVOLVIMENTO

O primeiro pilar do modelo AA trata do planejamento abrangente para necessidades, suprimentos e variações recorrentes. Este planejamento envolve uma análise detalhada das necessidades da população atendida pelo serviço de saúde, bem como a previsão e aquisição de suprimentos e materiais necessários para o atendimento adequado das demandas. Além disso, também é necessário considerar as variações recorrentes, como surtos sazonais de doenças, para garantir que o serviço esteja preparado para atender a essas demandas (GLERIANO *et al.* 2022).

Um planejamento abrangente e bem protegido permite que os serviços de saúde estejam preparados para atender as demandas de forma eficiente, minimizando o tempo de espera dos pacientes e a sobrecarga sobre os profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2021; LIMA *et al.* 2022). É uma tarefa contínua e dinâmica, que exige atualização e adaptação constante para atender às mudanças nas necessidades e demandas da população. Rios e colaboradores (2022) destacam que é importante que os serviços de saúde estejam comprometidos com a melhoria contínua de seus processos e estratégias de planejamento, a fim de oferecer um atendimento de qualidade e eficiente à população.

O ajuste regular da oferta à demanda (Pilar 2) é uma prática importante na APS para garantir a transmissão e a eficiência dos serviços prestados. Autores como Donald Berwick (2009), Paul Farmer (2018), Barbara Starfield (2002), entre outros, defendem a importância da organização dos serviços de saúde de forma que eles sejam capazes de atender às necessidades da população de forma efetiva, equitativa e eficiente, e isso inclui a oferta de serviços de acordo com a demanda e a adaptação constante às mudanças no perfil epidemiológico e demográfico das comunidades.

De acordo com Donald Berwick (2018), a adequação entre oferta e demanda, envolve o planejamento da oferta de serviços de saúde de acordo com as necessidades e expectativas da população, bem como o monitoramento contínuo da demanda para ajustar a oferta conforme necessário. Este autor é um defensor da abordagem centrada no paciente

e da importância de ouvir e atender às necessidades e expectativas da população. Ele argumenta que a oferta de serviços de saúde deve ser interativa de forma a garantir que eles sejam acessíveis, efetivos e seguros, e que isso só pode ser alcançado por meio da participação ativa dos pacientes e da comunidade no processo de planejamento.

Ademais, Berwic (2018) destaca a importância da criação de sistemas de saúde que sejam capazes de se adaptar às necessidades e expectativas da população, e que isso exige a adoção de abordagens inovadoras e flexíveis no planejamento e na gestão dos serviços de saúde. Ele enfatiza ainda a importância de se promover uma cultura de melhoria contínua na área da saúde, que permita a identificação e correção de problemas em tempo hábil, e a criação de serviços de saúde que atendam às necessidades dos pacientes e da população em geral.

Neste sentido, para garantir um ajuste regular da oferta à demanda na APS, é fundamental que haja uma boa gestão dos recursos humanos e materiais disponíveis, bem como uma estratégia de agendamento que permita a flexibilidade para atender às necessidades dos pacientes (STARFIELD, 2002). Outrossim, esta autora destacou a importância da gestão adequada dos recursos disponíveis na APS, incluindo os recursos humanos e materiais, como um dos pilares fundamentais para o funcionamento efetivo e eficiente dos serviços de saúde.

Esta autora esclareceu que a boa gestão dos recursos humanos na APS envolve a formação de equipes multidisciplinares, com profissionais de diferentes áreas de saúde, que trabalham de forma colaborativa e coordenada para atender às necessidades da população. Além disso, é importante que haja uma comunicação efetiva entre a equipe de saúde e a população atendida para garantir que os serviços sejam oferecidos de maneira adequada e em horários que sejam convenientes para os usuários (AMARAL *et al.* 2021). Estes pesquisadores argumentam que a comunicação deve ser baseada em uma relação de confiança e respeito entre a equipe de saúde e a população, que permite o diálogo aberto e honesto sobre as questões de saúde.

Starfield (2002) defende que a APS deve ser capaz de oferecer um cuidado integral e coordenado, que envolva a colaboração entre profissionais de saúde e outros setores, como assistência social e educação, para atender às necessidades da população de forma abrangente e

integrada. Ao realizar esse ajuste regular da oferta à demanda, é possível otimizar os recursos disponíveis e reduzir desperdícios, garantindo uma melhor utilização dos serviços de saúde e um atendimento mais eficiente e efetivo para a população. Outro aspecto importante destacado por esta autora, foi a importância da acessibilidade aos serviços de saúde na APS, incluindo a disponibilidade de horários flexíveis, serviços de transporte, e a oferta de serviços de saúde em locais de fácil acesso para a população.

Além disto, o terceiro pilar trata dos processos de marcação e agendamento de consultas que são fundamentais para a organização e eficiência dos serviços de APS. Donabedian (2003) enfatizou a importância da acessibilidade aos serviços de saúde na APS, incluindo a disponibilidade de horários flexíveis e a oferta de serviços de saúde em locais de fácil acesso para a população. Neste sentido, destacou a importância da organização dos serviços de saúde na APS, incluindo a definição clara de fluxos de trabalho e a adoção de sistemas de agendamento e marcação de consultas que permitam o atendimento rápido e eficiente das demandas da população. Ademais, a efetividade do processo de marcação e agendamento de consultas na APS depende da colaboração entre os profissionais de saúde, que devem trabalhar em equipe para atender às necessidades da população de forma eficiente e efetiva.

A integração e otimização da prática colaborativa na APS (Pilar 4) é uma estratégia fundamental para melhorar a qualidade e acompanhar o cuidado, bem como aumentar a satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde. Moreira et al. (2022) destacou a importância da colaboração entre profissionais de saúde na APS, incluindo a formação de equipes multidisciplinares, para fornecer um cuidado integral e coordenado para a população. Outrossim, a otimização da equipe multidisciplinar na APS depende da clareza das funções e responsabilidades de cada profissional, da definição de protocolos e diretrizes de atendimento compartilhados, e da adoção de sistemas de informação e comunicação que facilitem a troca de informações e a coordenação do cuidado (ALMEIDA, *et al.* 2018).

Nesta perspectiva, estudos enfatizam a importância da liderança efetiva na equipe multidisciplinar, incluindo a presença de um líder que tenha autoridade e responsabilidade para coordenar as atividades da equipe e garantir a qualidade do cuidado prestado. A integração e otimização da equipe multidisciplinar na APS depende da clareza das

funções e responsabilidades de cada profissional, da definição de protocolos e diretrizes compartilhados, da adoção de sistemas de informação e comunicação efetivos, e da presença de liderança efetiva (SISSON *et al.* 2011; MENDES, 2019; LIMA *et al.* 2015).

A colaboração entre diferentes profissionais de saúde é uma prática que envolve o compartilhamento de informações, habilidades, responsabilidades e recursos para atender às necessidades de saúde dos pacientes de forma mais completa e integrada. Essa prática envolve uma mudança de paradigma na forma como os serviços de saúde são organizados e prestados, passando de um modelo centrado em especialidades médicas para um modelo centrado no paciente e na equipe multiprofissional (MATUDA, *et al.* 2015).

No entanto, conforme explica Lago *et al.* (2022), a implementação da prática colaborativa também pode enfrentar desafios, como a resistência dos profissionais de saúde em compartilhar suas responsabilidades, a falta de comunicação efetiva entre os membros da equipe, a dificuldade em integrar diferentes culturas profissionais e a falta de recursos adequados para apoiar essa mudança de prática.

A implementação da prática colaborativa requer uma série de estratégias, como o desenvolvimento de protocolos de atendimento que envolvam diferentes profissionais de saúde, a promoção de reuniões regulares de equipe para discutir casos clínicos, a realização de capacitações e treinamentos para aprimorar as habilidades e competências dos profissionais envolvidos, além do uso de tecnologias de informação e comunicação para melhorar a coordenação e o compartilhamento de informações (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023).

Por fim, o quinto pilar discute a necessidade da comunicação sobre o acesso avançado e suas funcionalidades. É necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados e informados sobre como utilizar as tecnologias disponíveis e como garantir a acessibilidade e equidade na assistência aos usuários. É importante destacar que a comunicação sobre o acesso avançado deve ser clara e objetiva, utilizando linguagem acessível para o entendimento dos usuários. Oliveira e Fracolli (2023) apresentam algumas estratégias que podem ser utilizadas na implantação do modelo AA e incluem, que os usuários devem ser informados sobre

como acessar os serviços de saúde e os prazos para atendimento, bem como sobre a possibilidade de agendamento de consultas para o mesmo dia ou em curto prazo.

Além disso, a troca de informações e o trabalho em equipe são fundamentais para o sucesso do AA, pois permitem uma identificação rápida das necessidades dos usuários e o encaminhamento adequado para outros profissionais de saúde, quando necessário (CIRINO *et al.* 2020). Por fim, a comunicação sobre o AA deve ser constante e estar em constante evolução, a fim de garantir a adaptação e melhoria contínua do modelo (SOARES; JUNQUEIRA, 2022). A avaliação periódica dos resultados e a coleta de feedbacks dos usuários são importantes para identificar pontos de melhoria e ajustes necessários na implementação do acesso avançado na APS.

A aplicação do AA envolve uma série de estratégias, como a abertura de agendas repentinas, a eliminação de restrições e divisões por tipos de atendimento (como urgência ou rotina), a emergência do horário de funcionamento das unidades de saúde e a utilização de tecnologias para agilizar o atendimento e a marcação de consulta (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023).

Algumas recomendações são fundamentais para os profissionais de saúde e usuários do SUS em relação ao modelo de AA na APS. Para os profissionais de saúde, é importante que haja uma compreensão clara dos princípios e práticas do modelo de AA e que eles estejam dispostos a adaptar suas rotinas de trabalho para implementar o modelo de forma eficaz (STELET *et al.* 2022). Neste sentido, é fundamental também que os profissionais estejam preparados para trabalhar em equipe e colaborar com outros profissionais de saúde para garantir a melhor qualidade de atendimento aos usuários.

Para os usuários do SUS, de acordo com Soares e Junqueira (2022) é importante compreender que o modelo de AA não é um serviço de urgência ou emergência e que as consultas devem ser agendadas com antecedência. É recomendado que os usuários entrem em contato com a equipe de saúde de sua unidade básica de saúde para agendar uma consulta, caso tenham necessidade. Além disso, é importante que os usuários compareçam às consultas agendadas e informem a equipe de saúde caso não possam comparecer, para que o horário possa ser dispo-

nibilizado para outros usuários que necessitem de atendimento. Por fim, é importante que os usuários estejam abertos para receber orientações e recomendações de saúde e colaborar com a equipe de saúde em relação ao seu próprio cuidado.

## CONSIDERAÇÕES

O AA é uma estratégia que visa melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde que traz consigo uma série de benefícios, como a redução das filas de espera, a diminuição do absenteísmo, a maior satisfação dos usuários e a possibilidade de abordagem de condições crônicas e eventos agudos em um mesmo método de agendamento.

No entanto, a implementação do AA também apresenta desafios, como a necessidade de mudança na cultura organizacional e de trabalho dos profissionais de saúde, a resistência dos usuários acostumados a agendar com antecedência e a possibilidade de sobrecarga da equipe de saúde em caso de aumento da demanda. Além disso, a implementação do AA requer uma gestão eficiente da agenda de atendimento, com a definição de um limite de tolerância para agendamentos futuros.

Neste sentido, exige mudanças profundas nas organizações que podem transitar de uma cultura hegemônica de trabalho em territórios adscritos, de independência e de fragmentação, para uma cultura centrada em uma abordagem de trabalho integrada em redes em que os profissionais de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias se consideram parceiros na produção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. 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.

AMARAL, V. DE S. et al. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

BERWICK, D. M. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. **Health affairs**, v. 28, n. 4, p. w555-w565, 2009.

BRETON, M. et al. Revising the advanced access model pillars: a multimethod study. **CMAJ Open**. Sep 6;10(3):E799-E806, 2022.

CIRINO, F. M. S. B. 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, muni-

- cípio de Diadema, São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, 2020.
- DONABEDIAN A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press; 2003.
- FARMER, P. **Patologias do poder: saúde, direitos humanos e a nova guerra contra os pobres**. São Paulo: Paulus, 2018.
- GLERIANO, J. S. et al. Logística em saúde: contribuições para a gestão da rede de atenção. **Revista de Administração em Saúde**, v. 22, n. 86, 2022.
- LAGO, L. P. DE M. et al. Resistências à colaboração interprofissional na formação em serviço na atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022.
- LIMA, E. V. A. DA S. et al. Situational strategic planning as a health promotion tool in management: integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e5911225302, 2022.
- LIMA, S.A. V. 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**. 25(2):635-56, 2015.
- MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 2511-2521, 2015.
- MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. p. 869-869, 2019.
- MOREIRA, K. F. A. et al. Percepções do preceptor sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022.
- MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 8, p. 1035–1040, 2003.
- MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family practice management**, v. 7, n. 8, p. 45–50, 2000.
- OLIVEIRA, F. A. S. **Acesso avançado em Unidade Básica de Saúde na perspectiva dos enfermeiros: desafios da mudança**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 102 p., 2021.
- OLIVEIRA, L.G.F.; FRACOLLI, L.A. Estratégias colaborativas para implementação de acesso avançado: uma revisão de escopo. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 27, n. 296, p. 185-213, 2023.
- PIRES, L. A. S. 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** [online]. v. 43, n. 121, pp. 605-613, 2019.
- RIOS, E. B. et al. Processo de territorialização como planejamento em saúde na APS. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2022.
- SANT'ANA, A.M. Pesquisa operativa para adequação das agendas num serviço de Atenção Primária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Jan-Dez;12(39):1-9, 2017.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 991-1004, 2011.

SOARES, L. S.; JUNQUEIRA, M. A. DE B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 46, n. 1, **Rev. bras. educ. med.**, 2022.

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

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

VIDAL, T. B. et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev Saude Publica**. 53(38):1-10, 2019.

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

<sup>2</sup> 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>

<sup>3</sup> 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>

<sup>4</sup> 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>

<sup>5</sup> 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>

<sup>6</sup> 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>

# CAPÍTULO 10 - ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO PARA O ACESSO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>1</sup>  
Lislaine Aparecida Fracoli<sup>2</sup>  
Laiza Gallo Farias<sup>3</sup>  
Myria Ribeiro da Silva<sup>4</sup>  
Silas Santos de Araújo<sup>5</sup>  
Patrícia Betyar Góes Santos<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental da população e Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para o sistema de saúde, onde a maioria das necessidades de saúde da população são atendidas (FERREIRA; SANTOS, 2022). Por isso, é fundamental que os serviços de APS sejam um acolhimento humanizado e acolhedor, que possibilite aos usuários se sentirem confortáveis e seguros durante o atendimento (CORREA *et al.* 2022).

Conforme discute Souza e estudiosos (2023), as estratégias de acolhimento são fundamentais para garantir que o acesso à saúde seja facilitado e que a qualidade do atendimento seja ampliada. De acordo com estes autores elas podem incluir medidas como o treinamento de equipes de saúde para aprimorar habilidades de comunicação e empatia, a implantação de protocolos claros e eficazes de atendimento, além de ações que visem a valorização e usuário no atendimento.

Neste sentido, é importante destacar que as estratégias de acolhimento não se limitam ao atendimento propriamente dito (MELO *et al.* 2022), mas incluem também ações que promovem a inclusão e acessibilidade, a criação de espaços acolhedores e a disponibilização de informações claras e objetivas aos usuários (CASTRO *et al.* 2022).

A ausência de acolhimento no acesso à APS pode ter diversas consequências negativas para os usuários e para o sistema de saúde como um todo (LIMA *et al.* 2021). Sem o acolhimento adequado, muitas pessoas podem ter dificuldades em encontrar e acessar os serviços de saúde de que precisam, o que pode agravar problemas de saúde e levar a complicações (CASTRO *et al.* 2022). A falta de continuidade do cuidado, pois sem um acolhimento adequado, muitos usuários podem ter dificuldades em dar seguimento ao tratamento e cuidado (SOUZA *et al.* 2023). Ademais, o aumento das demandas nos serviços de urgência e emergência (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2022). Conforme estes autores, quando o acesso aos serviços de saúde é dificultado, os usuários acabam recorrendo a estes serviços em busca de atendimento, levando à sobrecarga e aumento dos custos para o sistema de saúde. Isso pode sobrecarregar os serviços de emergência e aumentar os custos do tratamento, uma vez que os serviços de emergência gerais são mais caros do que os serviços de APS. Além disso, a piora da qualidade do cuidado resulta em diagnósticos e tratamentos inadequados, além de aumentar a possibilidade de erros, de aumento dos custos de tratamento e de insatisfação dos usuários (RICCIULLI; CASTANHEIRA, 2022).

Carvalho e colaboradores (2022) alertam que a falta de acolhimento pode levar a complicações, agravando problemas de saúde e aumentando os custos do tratamento, tanto para o usuário quanto para o sistema de saúde como um todo. Isso ocorre porque, sem um atendimento humanizado e efetivo, muitos usuários acabam não conseguindo acessar os serviços de saúde de que precisam, não conseguem dar seguimento ao tratamento ou não recebem o cuidado adequado (SANTOS, 2019). Isto pode resultar em mais visitas ao hospital, exames adicionais, internações e consultas com especialistas, o que aumenta significativamente os custos do tratamento (GEWEHR; COLET; CASALI BANDEIRA, 2022).

Do mesmo modo, quando o usuário não comparece às consultas, perde-se a oportunidade de identificar fatores de risco e orientar sobre medidas preventivas, o que pode levar a problemas de saúde evitáveis (ANDRES; CARLOTTO; LEÃO, 2021). Segundo estes estudiosos, as medidas de prevenção são uma parte fundamental da APS, pois ajudam

a evitar a ocorrência de doenças e promovem a saúde e o bem-estar dos usuários. Estas medidas incluem a promoção da saúde, a orientação sobre hábitos saudáveis, a imunização, o controle de doenças crônicas e a vigilância epidemiológica. A prevenção primária é muito importante, pois evita que o usuário adoça e, conseqüentemente, reduz a necessidade de tratamentos mais complexos e onerosos.

Portanto, é fundamental que as estratégias de acolhimento sejam integradas e priorizadas na APS. Estas são importantes para garantir que as necessidades de saúde dos usuários sejam atendidas de forma eficaz e eficiente (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020). Ademais, são fundamentais para estabelecer um vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, permitindo uma melhor comunicação e interação (MOREIRA *et al.* 2021).

Uma das estratégias de acolhimento integradas mais comuns é a classificação de risco, que consiste em avaliar a gravidade do problema do usuário e priorizar o atendimento. Isso ajuda a garantir que os casos mais urgentes sejam atendidos primeiro, enquanto os casos menos urgentes podem esperar um pouco mais (COSTA *et al.* 2020). Outra estratégia importante é o acolhimento com classificação de risco ampliado, que inclui a realização de uma escuta ativa e uma avaliação completa do usuário, permitindo que o profissional de saúde compreenda melhor as necessidades do usuário e proponha um plano de cuidado individualizado e adequado (MACIEL; SILVA; OLIVEIRA, 2019).

Além disso, conforme destacam Maciel, Silva e Oliveira (2019), a utilização de equipes multiprofissionais, com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde, também é uma estratégia eficaz para promover um acolhimento integrado e mais completo. Essa abordagem colaborativa permite que cada profissional contribua com sua especialidade, garantindo um cuidado mais abrangente e efetivo.

Outra estratégia importante é a oferta de serviços de saúde em horários mais flexíveis, como à noite ou nos finais de semana, o que pode atender melhor às necessidades dos usuários que têm dificuldade de comparecer durante o horário comercial (ALMEIDA; PEREIRA, 2020).

Essa abordagem pode ser especialmente benéfica para os usuários que trabalham em horários irregulares, têm dificuldades de locomoção ou para aqueles que precisam cuidar de familiares e, por isso, têm restrições de horário para buscar atendimento.

Contudo, é fundamental que haja uma cultura organizacional de acolhimento integrada, em que todos os profissionais de saúde estejam engajados em fornecer um atendimento mais humanizado e individualizado aos usuários.

Diante destas reflexões, este capítulo responde a tais questionamentos: Quais são os principais desafios enfrentados na implementação de estratégias de acolhimento para o acesso à saúde na APS, e como eles podem ser superados? É importante conhecê-los e saber como eles podem ser superados, porque a qualidade do atendimento na APS pode ter um impacto significativo na saúde e no bem-estar da população. Estes desafios podem afetar negativamente o acesso à saúde e a eficácia do tratamento. Ao superar esses desafios, é possível promover um atendimento de qualidade, aumentar a satisfação dos usuários e melhorar a saúde e o bem-estar da população.

## DESENVOLVIMENTO

Existem vários desafios que podem ser enfrentados na implementação de estratégias de acolhimento para o acesso à saúde na APS, entre eles destaca-se a falta de capacitação dos profissionais de saúde em acolhimento e comunicação, o que pode comprometer a qualidade do atendimento (CASTRO *et al.* 2022). Ribeiro e Cavalcante (2020) apontam que a falta de capacitação dos profissionais de saúde em acolhimento e comunicação pode comprometer a qualidade do atendimento na APS. Melo *et al.* (2022) reconhecem que a falta de habilidades em comunicação pode dificultar a interação entre o profissional de saúde e o usuário, o que pode levar a uma avaliação inadequada das necessidades de saúde do usuário.

A comunicação eficaz é essencial para que o profissional de saúde possa entender as preocupações e queixas do usuário, e para que o usuá-

rio entenda as informações e orientações fornecidas pelo profissional de saúde (ALCÂNTARA, *et al.* 2020). A comunicação e a colaboração efetivas são essenciais para o cuidado integrado e coordenado, e a falta de habilidades em comunicação e acolhimento pode levar a uma coordenação ineficiente e ineficaz do cuidado (NODARI *et al.* 2022). Em suma, a comunicação clara e eficaz é essencial para garantir que o usuário entenda as orientações e recomendações de tratamento, e o acolhimento adequado pode aumentar a confiança e a motivação do usuário para seguir o tratamento recomendado.

Além disso, como reitera Milagres e colaboradores (2022), a falta de habilidades em acolhimento pode levar a uma abordagem mais impessoal e pouco humanização do cuidado, o que pode afetar negativamente a experiência do usuário e a sua satisfação com o atendimento recebido. O acolhimento é um componente crucial do cuidado centrado no usuário, e é essencial para que o usuário se sinta respeitado, ouvido e cuidado.

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados em habilidades de comunicação e acolhimento para garantir a qualidade do atendimento na APS. Isso pode incluir treinamentos específicos em comunicação, acolhimento e cuidado centrado no usuário, além de oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo para aprimorar essas habilidades ao longo do tempo (ESTEVES *et al.* 2020).

Estudos comprovam a falta de tempo para realização de acolhimento adequado, devido ao grande volume de usuários e demandas que precisam ser atendidas (NASCIMENTO; SILVA; 2022; MARTINS; PASSOS, 2019). A dificuldade na classificação e acolhimento de usuários com maior risco ou necessidade de atendimento imediato, também resultam em atrasos ou falhas no atendimento (MELO *et al.* 2022).

Neste mesmo interim, a falta de integração entre as equipes de saúde, pode comprometer a continuidade e a qualidade do atendimento (CUNHA *et al.* 2020). Do mesmo modo, a dificuldade no acesso a protocolos e tecnologias necessárias para a realização de atendimento adequado, especialmente em regiões com recursos limitados (ESTEVES *et al.* 2020).

Kessler et al. (2019) alertam que a falta de envolvimento dos usuários no processo de cuidado, o que pode resultar em falta de adesão ao tratamento e redução da compreensão das estratégias de acolhimento. Tal prerrogativa, implica na dificuldade na mudança da cultura organizacional e na implementação de novos processos de trabalho conforme os estudos de Ungari e Rodrigues (2020), o que pode gerar resistência e dificultar a adoção das estratégias de acolhimento. E do mesmo modo, a falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (ARAÚJO *et al.* 2021), a baixa qualidade da infraestrutura e equipamentos de saúde (ALMEIDA *et al.* 2019) e a dificuldade em lidar com a diversidade cultural e de gênero dos usuários (GOMES *et al.* 2021) também podem comprometer o acesso dos usuários à APS.

Existem várias estratégias que podem ser realizadas para o acolhimento na APS. Algumas delas incluem:

- Recepcionar o usuário de forma acolhedora e respeitosa, buscando estabelecer uma relação de confiança e empatia desde o primeiro contato (MELLO *et al.* 2021);
- Realizar a escuta ativa do usuário, ouvindo suas queixas e demandas de forma cuidadosa e compreensiva (CORREA *et al.* 2022);
- Realizar uma anamnese completa e detalhada, buscando compreender o contexto de vida e saúde do usuário, suas condições socioeconômicas, culturais e psicológicas (SANTOS, 2019);
- Realizar a classificação de risco, identificando as demandas mais urgentes e encaminhando o usuário para atendimento imediato, quando necessário (CORREA *et al.* 2022);
- Oferecer orientações sobre cuidados básicos de saúde, como alimentação saudável, prática regular de atividade física, higiene pessoal, entre outros (FERNANDEZ *et al.* 2020);
- Garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde necessários, como exames laboratoriais, consultas com especialistas e tratamentos específicos (ROCE *et al.* 2020);

- Realizar o acompanhamento do usuário, oferecendo suporte e orientação em todas as fases do tratamento, desde o diagnóstico até a alta médica (MOREIRA *et al.* 2021);
- Estimular a participação do usuário no seu próprio cuidado, incentivando a adesão ao tratamento e promovendo ações de prevenção de doenças (MACIEL; SILVA; OLIVEIRA, 2019);
- Realizar o trabalho em equipe, integrando diferentes profissionais da saúde e buscando a complementaridade de saberes e práticas (CUNHA *et al.* 2020);
- Promover a humanização do atendimento em saúde, valorizando a autonomia e a autonomia do usuário, e buscando reduzir o sofrimento humano associado à doença (CARVALHO *et al.* 2022; SANTOS, 2019).

No sentido de superação dos desafios enfrentados na implementação de estratégias de acolhimento para o acesso à saúde na APS, os estudos sugerem:

- A capacitação dos profissionais de saúde em acolhimento e comunicação, para que possam fornecer um mais humanizado e efetivo;
- Reorganização do fluxo de atendimento e triagem, de forma a identificar e priorizar usuários com maior risco ou necessidade de atendimento imediato;
- Investimento em tecnologias e recursos necessários para a realização de atendimento adequado, especialmente em regiões com recursos limitados;
- Estímulo ao envolvimento dos usuários no processo de cuidado, por meio de ações de educação em saúde, participação em decisões de tratamento e acompanhamento mais próximo do usuário;
- Adoção de processos de trabalho mais integrados, com compartilhamento de informações entre as equipes de saúde e maior envolvimento dos usuários sem cuidado;

- Implementação de políticas e ações que visem à mudança da cultura organizacional, com o estímulo a práticas mais humanizadas e valorização do papel do usuário no cuidado;
- Fortalecimento da articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, por meio de sistemas de referência e contrarreferência mais efetivos;
- Investimento em infraestrutura e equipamentos de saúde de qualidade, de forma a garantir a realização de diagnósticos e tratamentos adequados;
- Adoção de políticas e ações que promovem a diversidade cultural e de gênero, com o estímulo ao respeito e à valorização da diversidade sem cuidado;
- Promoção de ações que visem à melhoria das condições de trabalho e remuneração dos profissionais de saúde, de forma a garantir uma força de trabalho mais qualificada e motivada.

Estas estratégias podem possibilitar o atendimento de qualidade, centrado no usuário e que atenda às suas necessidades de forma integral. Visam a acolhida, a valorização, a autonomia do usuário, a capacitação dos profissionais de saúde e o uso de tecnologias que possam aprimorar a comunicação e o acesso aos serviços de saúde.

## CONSIDERAÇÕES

As estratégias de acolhimento são fundamentais para garantir um acesso mais efetivo e humanizado à saúde na APS. O acolhimento integrado, com ênfase na comunicação e no cuidado centrado no usuário, pode contribuir para uma melhor compreensão das necessidades de saúde do usuário, uma abordagem mais abrangente e individualizada do cuidado, e um aumento na adesão ao tratamento.

A utilização de equipes multiprofissionais, a oferta de serviços de saúde em horários mais flexíveis, e a criação de uma cultura organizacional de acolhimento integrado também são importantes para garantir um acesso mais efetivo e eficiente à saúde.

É importante que os profissionais de saúde sejam capacitados em habilidades de acolhimento e comunicação para garantir uma abordagem mais centrada no usuário. Com essas estratégias de acolhimento integrado, podemos garantir um atendimento mais efetivo, humano e de qualidade na atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M. et al. Importância da atenção primária à saúde na Covid-19: o gestor como papel fundamental. **Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado**, v. 2, n. 21, p. 19-29, 2020.

ALMEIDA, E. R. DE; PEREIRA, F. W. DE A. 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.

ALMEIDA, P. F. DE et al. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4527-4540, 2019.

ANDRES, S. C.; CARLOTTO, A. B.; LEÃO, A. 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.

ARAUJO, M. C. M. H. et al. O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3359-3370, 2021.

CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. 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.

CARVALHO, M. E. DA S. et al. Avaliação da humanização no atendimento oferecido por uma maternidade de referência no sudoeste da Bahia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 12, p. e11337-e11337, 2022.

CASTRO, L. et al. O contexto Político-Institucional do cuidado em saúde em tempos de pandemia de Covid-19: repercussões sobre a experiência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município do Rio De Janeiro7. **Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia da Covid-19**, p. 122, 2022.

CORREA, J. V. DE M. et al. Percepção dos usuários sobre Acolhimento e Classificação de Risco nas UPAS: revisão integrativa. **Revista Neurociências**, v. 30, p. 1-22, 2022.

COSTA, S. T. et al. A utilização da classificação de risco familiar para a organização do processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Revista de APS**, v. 23, n. 4, 2020.

CUNHA, C. R. H. DA et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1313-1326, 2020.

ESTEVES, L. S. F. et al. Telessaúde em tempos de COVID-19: acolhimento, organização em rede e integração ensino-serviço. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2, ESP, 2020.

FERNANDEZ, M. V. 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.

FERREIRA, S. C.; SANTOS, R. L. Saúde da população negra: práticas e reflexões contra hegemônica. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 3, p. e16159-e16159, 2022.

GEWEHR, D. M.; COLET, C. DE .F.; CASALI BANDEIRA, V. A.. Custo de um município do sul do Brasil com medicamentos de uso contínuo dispensados na Atenção Primária à Saúde. **JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 14, n. 2, 2022.

GOMES, D. DE F. et al. Desafios éticos nas relações entre enfermeiro e transexuais na Atenção Primária de Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e57210112110-e57210112110, 2021.

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

LIMA, C. S. DE A. et al. Atuação multiprofissional à mulher vítima de violência doméstica: assistência da Saúde da Família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e6902-e6902, 2021.

MACIEL, M. A. S.; SILVA, P. C. DOS S.; OLIVEIRA, L. P. Percepção dos usuários de uma Estratégia de Saúde da Família sobre o Acolhimento. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 14, p. e1095-e1095, 2019.

MARTINS, B. E. P.; PASSOS, C. S. Desafios à prática do acolhimento na Atenção Primária em Saúde no Brasil. **REVISE-Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, v. 2, n. fluxocontinuo, 2019.

MELO, M. V. DA S. 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.

MILAGRES, G. Z. et al. Atuação dos enfermeiros no acolhimento à demanda espontânea em Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e14511225689-e14511225689, 2022.

MOREIRA, D. C. et al. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2021.

NASCIMENTO, N. K. R. DO; SILVA, A. K. B. Acolhimento prestado pelo enfermeiro aos usuários com tuberculose na atenção primária: revisão de literatura. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, v. 4, n. 4, p. 480-488, 2022.

NODARI, C. H. et al. Características envolvidas no processo de inovação em serviços públicos de saúde. **Espacios Públicos**, v. 21, n. 51, p. 29-49, 2022.

OLIVEIRA, L. G. F. ; SILVA, M. R. da .; SILVA , J. L. A. da . Treinamento em técnicas de urgência e emergência para profissionais da Estratégia de Saúde da Família: uma revisão de escopo. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. E28487, 2022.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. DE L. T. 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.

RICCIULLI, F. B.; CASTANHEIRA, E. R. L. O papel da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Revista de APS**, v. 25, 2022.

ROCE, N. M. et al. O acesso à atenção primária à saúde. **Saúde Dinâmica**, v. 2, n. 3, p. 19-40, 2020.

SANTOS, A. B.. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em Revista**, v. 1, n. 2, p. 170-179, 2019.

SOUZA, M. C. et al. Cuidado, intersubjetividade e acesso aos serviços de saúde: os encontros e caminhos nas redes para o diagnóstico. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e3412139473-e3412139473, 2023.

UNGARI, D. F.; RODRIGUES, A. P. G. A influência da cultura organizacional no desenvolvimento dos vínculos do indivíduo com a organização. **Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios**, v. 13, 2020.

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

<sup>2</sup> 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>

<sup>3</sup> Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>

<sup>4</sup>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>

<sup>5</sup>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>

<sup>6</sup>Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/8772212487164656>

# CAPÍTULO 11 - AVANÇOS E DESAFIOS DO DIREITO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA REALIDADE BRASILEIRA

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>1</sup>

João Felipe Tinto<sup>2</sup>

Lislaine Aparecida Fraccolli<sup>3</sup>

Leticia Aparecida da Silva<sup>4</sup>

Caroline Guilherme<sup>5</sup>

Lidiane Cristina da Silva Roberto<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um direito humano universal, reconhecido por diversos tratados e convenções internacionais. É um direito fundamental no Brasil garantido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990). A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada uma estratégia fundamental para garantir o acesso ao direito à saúde de forma integral e equitativa para toda a população brasileira (MENDES, 2019). Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o país vem avançando na expansão da APS, com a implantação de políticas e programas que buscam a promoção da saúde, prevenção de doenças e o tratamento precoce de agravos (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

No entanto, conforme acresce Barbara Starfield (2002), apesar dos avanços, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados, como a falta de investimentos em infraestrutura, a escassez de profissionais qualificados, a desigualdade na oferta de serviços de saúde para diferentes grupos sociais e a falta de acesso em algumas regiões do país.

Informações e dados sobre acesso à saúde no Brasil são preocupantes uma vez que 150 milhões de brasileiros dependem do SUS, ou seja, os serviços públicos de saúde são referência para 71% dos brasileiros de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde em 2019 (IBGE, 2020).

Outros números assustam: Conforme o Estudo Institucional nº 8, que aborda a Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família (2023), o Brasil apresenta uma taxa de cobertura de saúde de 89%. No entanto, isso indica que aproximadamente 11% da população não tem acesso a serviços de saúde adequados.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade infantil no Brasil caiu de 14,8 para 11,9 óbitos por mil nascidos vivos entre 2010 e 2019, mas ainda há desigualdades regionais e socioeconômicas (BARROS; AQUINO; SOUZA, 2019). A obesidade é um problema crescente no país. Em 2019, 19,8% da população adulta brasileira era obesa, segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (MALVERA *et al.* 2021).

A desnutrição infantil ainda é uma realidade em muitas regiões do país. Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) indicam que 13,5% das crianças brasileiras com menos de 5 anos têm baixa estatura para a idade (CULPA *et al.* 2021). A pandemia de COVID-19 evidenciou a importância da APS, especialmente para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença. No entanto, o Brasil enfrentou desafios para expandir e fortalecer a atenção primária em meio à crise sanitária (FERNANDEZ *et al.* 2021).

Neste sentido, este capítulo tem como objetivo apresentar uma análise crítica sobre os avanços e desafios do direito à saúde na APS, com foco na realidade brasileira, a partir dos seguintes questionamentos: Como é regulamentado o direito à saúde no Brasil? Que medidas podem ser tomadas quando ao direito à saúde for violado?

A APS é uma importante estratégia para garantir o acesso à saúde e prevenir doenças, por meio da promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Nesse sentido, a APS é fundamental para a concretização do direito à saúde e para a promoção de uma saúde de qualidade para toda a população. Desta forma, o direito à saúde na APS é de responsabilidade do Estado e deve ser garantido a todos os cidadãos brasileiros como uma importante ferramenta para a promoção de uma sociedade mais justa e igualitária.

## DESENVOLVIMENTO

No Brasil, o direito à saúde é regulamentado por diversas leis, normas e políticas públicas que visam assegurar esse direito fundamental a toda a população. Dentre as principais legislações relacionadas ao direito à saúde, destacam-se: Constituição Federal de 1988 (CF/1988); Lei 8.080/90; Lei 8.142/90; Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e Lei 13.460/2017.

Pode-se afirmar que o progresso nas condições de saúde da população brasileira, nas últimas décadas, foi resultado de ações sobre determinantes em saúde, devido à Reforma que culminou na Criação do SUS e da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Pois foi a partir daí que o direito à saúde no Brasil ganhou espaço, sendo reconhecido como um direito de todos e dever do Estado, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

A Constituição assegura a efetivação a todos os cidadãos desse direito social, na qual a saúde se insere. Direito garantido pelo Poder Público nas esferas Federal, Estadual e Municipal, por meio de políticas públicas e sociais voltadas para diminuição do risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (SANTOS, 2017). Assim, compete ao Estado garantir a saúde do cidadão e da coletividade. Entretanto, o sujeito não perde a responsabilidade de cuidar de sua saúde e de contribuir para a saúde coletiva (SOUZA *et al.*, 2019).

Logo, o SUS, criado com a CF/1988 e regulamentado em 1990, constitui um importante meio para que o Estado cumpra o seu dever no que diz respeito ao direito à saúde. Contudo, ele não é, e não deve ser, o único meio para tanto. É preciso criar condições por meio de políticas públicas para que a população tenha acesso a uma boa alimentação; habitação adequada; acesso a saneamento básico; meio ambiente saudável; boas condições de trabalho; renda; educação; atividade física; transporte; práticas de lazer e a outros bens e serviços essenciais (VIEIRA, 2020).

Como parte da conquista do direito à saúde, foi necessário institucionalizar o SUS, regulamentado através da Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) (BRASIL, 1990). Em suas disposições gerais, cita que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Art. 2º)”. Assim, a lei garante a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; atua na formulação de política de saúde, nos campos e prestação de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, conforme disposto em seus Art. 5º (BRASIL, 1990).

Destarte, observa-se ainda que as diretrizes e princípios do SUS têm seu fundamento na CF e na Lei 8.080: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica (CARVALHO, 2013).

A Lei nº 8.142, de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área social (BRASIL, 1990). A garantia dos direitos constitui-se na democracia participativa em que os cidadãos influenciam na definição e execução das políticas de saúde. Essa participação da comunidade na gestão do SUS, por meio do controle social, amparada pela Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990), diz respeito à representação dos usuários no processo de participação do fazer e pensar saúde, seja nas Unidades de Saúde, nos Conselhos ou nas Conferências de Saúde que ocorrem oportunamente nas três esferas de governo (SOUZA *et al.*, 2019). Busca-se, desta maneira, que atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país participem, com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde (CARVALHO, 2013).

Tais leis (Lei nº 8.080 e 8.142/1990) consolidam o papel do município como o principal executor das ações de saúde, caracterizando ampliação do processo de descentralização que já havia sido exposto desde a 8ª Conferência de Saúde e que significava um avanço e contraposição ao modelo ditatorial vigente naquele momento.

Publicada em 2006, e reformulada em 2011 e 2017, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada e editada as edições da PNAB. Esta política surgiu para ampliar o escopo e a concepção da Atenção Básica (AB) ao incorporar os atributos da APS reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Sendo responsável ainda pelo envolvimento de estratégias verticais nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioridade na reorganização dessa rede (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2019).

Como objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, tomando em conta os princípios propostos pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a expansão nacional da ESF, a política deu início a importantes discussões dos sistemas em redes de atenção, trazendo recomendações norteadoras para os serviços de saúde, o processo de trabalho, a composição das equipes, as atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema, dentre outros.

A PNAB destaca a AB como porta de entrada preferencial ao sistema. Tal reformulação admitiu, além da ESF, outras estratégias de organização da APS, com vagos parâmetros populacionais de adscrição e carga horária profissional (BRASIL, 2017). A política tem como princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na AB e utilizados em sua portaria de 2017 – Princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade; e Diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (VIEIRA, 2016).

Essa política foi submetida a modificações, sendo recentemente aprovada uma nova versão que incorpora inovações significativas. Entretanto, vários setores organizados e comprometidos com a Atenção Primária e o SUS apontam retrocessos nessa nova PNAB. Entretanto, vários setores organizados e comprometidos com a Atenção Primária e o SUS apontam retrocessos nessa nova PNAB (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2019).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como cumprimento de suas atribuições de coordenar e estabelecer políticas públicas para garantir a integralidade da atenção à saúde, através de novas demandas e compromissos nacionais e internacionais assumidos pelo MS (BRASIL, 2018). Esta aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares. Seus objetivos, princípios, valores, diretrizes, temas transversais, estratégias operacionais, responsabilidades e temas prioritários, reformulados e atualizados para esta política do Estado brasileiro, visam à equidade, à melhoria das condições e dos modos de viver e à afirmação do direito à vida e à saúde, dialogando com as reflexões dos movimentos no âmbito da promoção da saúde (DIAS *et al.*, 2018).

Todas as aspirações estampadas na PNPS realizar-se-ão em sua plenitude à medida que gestores, trabalhadores e usuários do setor Saúde e dos demais setores aceitem o convite de envolvimento ativo na construção coletiva do bem comum para a redução das iniquidades e para a promoção dos direitos humanos fundamentais (BRASIL, 2018).

Para consolidar o Estado Democrático de Direito, foram disponibilizados aos cidadãos instrumentos que fortalecem a transparência pública, facilitando a participação social, principalmente no que se refere à gestão pública. A Ouvidoria é um deles, servindo como instrumento de participação social que, em conjunto com os conselhos e as conferências, têm por dever a promoção da interação entre a gestão administrativa e a sociedade (GAMA; CRUZ, 2022)

Nesse contexto, o Conselho de Usuários, estabelecido pela Lei nº 13.460/2017 e regulamentado pelo Decreto 10.228/2020, almeja aumentar o controle social, garantindo a participação da população através dos conselhos formados e geridos pelas Ouvidorias nos processos de formulação das políticas públicas, além de realizar avaliações a fim de averiguar a qualidade dos serviços públicos ofertados e auxiliar na sugestão de possíveis melhorias.

A Lei 13.460/2017 (Lei de Defesa dos Usuários de Serviços Públicos) foi editada de modo a preencher uma lacuna jurídica no que concerne a proteção dos usuários de serviços públicos perante à Administração

Pública. A lacuna que a legislação visa suprir é referente ao artigo 37, §3º da Constituição da República Federativa de 1988, que estabelece que: “a lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente [...]” (JURUENA; VALLE, 2021).

Essas legislações aqui abordadas são indispensáveis para garantir o acesso à saúde e a qualidade dos serviços oferecidos, além de estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na oferta de serviços de saúde à população. Entretanto, quando os direitos à saúde são violados, existem diversas instituições e órgãos que podem ser procurados para buscar soluções e controlados. Alguns exemplos são: a Ouvidoria do SUS, Defensoria Pública, Ministério Público, Conselhos de Saúde, e os Juizados Especiais da Saúde.

A Ouvidora-geral do SUS foi criada, em 2003 tem possibilitado ampliação das reflexões sobre as políticas de saúde, contribuindo para seu aprimoramento e capacidade de gestão e envolvimento da população, da realização de pesquisas junto aos cidadãos e da implementação da Rede Nacional de Ouvidorias do SUS. Na saúde, apesar da Ouvidoria do SUS existir em todos os estados, para que se configure realmente um sistema nacional de ouvidorias urge a dinamização da implantação dessas instâncias a nível municipal. Também é estratégica a utilização de tecnologias de informática visando a expansão da capacidade comunicativa com a Ouvidoria do SUS/Ministério da Saúde e com os usuários (FERNANDEZ *et al.*, 2021). Suas ações têm respaldo na Constituição Federal de 1988 e normativas posteriores, tendo se fortalecido com a publicação, em 2005, da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS) (CALIARI; RICARDI; MOREIRA, 2022).

Nesse sentido, por meio deste canal o cidadão pode realizar solicitações, reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões. Não obstante, o Ouvidor tem a função de representar o interesse do cidadão em relação ao governo, garantindo o direito à informação, à participação social e à qualidade dos serviços de saúde (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2019).

Ainda, as barreiras no acesso à saúde têm conduzido muito cidadãos a buscar no acesso à Justiça nova forma de agir e, assim, exigir do

Estado responsabilidade com o direito à saúde. Tal processo se reflete no Sistema de Justiça, especialmente na atuação da Defensoria Pública (SANT'ANA, 2018). Sant'Anna (2018) cita que a instituição Defensoria Pública colabora para o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde com base em sua atuação peculiar no contexto desse fenômeno mais amplo comumente denominado de judicialização da saúde. Desse modo, cabe à Defensoria oferecer “assistência jurídica integral e gratuita” à população carente, nos termos do artigo 5º, inciso LXXIV, da Constituição.

Partindo desse pressuposto, a Defensoria Pública zela pelo direito à obtenção de ações, produtos e serviços para a garantia da promoção, proteção e recuperação à saúde, e outros atendimentos, serviços e produtos ligados à saúde, desde que indicados por profissional de saúde, servindo como ponte de acesso à justiça às pessoas em condições de vulnerabilidade social com a missão de compelir o Poder Público a fornecer atendimento em saúde.

Outra instituição garantidora dos direitos à saúde diz respeito a ao Ministério Público, incumbindo a defesa de interesses sociais e individuais indisponíveis, configurando como autêntica defensoria dos interesses sociais, dos interesses difusos e coletivos e, ainda, sendo titular da ação que se fizer necessária para proteger o que é de todos (NÓBREGA, 2015). Como guardião e principal defensor dos direitos sociais fundamentais, o Ministério Público tem atuado cada vez mais na área da saúde, dando a devida importância ao direito sanitário. Além disso, para facilitar o acesso do cidadão, o Ministério Público possui ouvidorias em sua estrutura, com o objetivo de receber reclamações e denúncias de atos ou omissões estatais em face de direitos constitucionalmente tutelados (CALIXTO; ALMEIDA, FRANÇA, 2022).

Neste ínterim, os autores citados abordam que a atuação do Ministério Público em defesa da saúde mostra-se fundamental para dar a maior eficácia possível ao direito constitucional na realidade social, devendo continuar progredindo, quantitativa e qualitativamente, objetivando garantir a vida saudável a todos aqueles que necessitem.

Os conselhos de saúde são instâncias importantes para a participação da sociedade na tomada de decisão, mecanismo estratégico para

a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS (BORTOLI; KOVALESKI, 2019). Como parte integrante dos Conselhos, os usuários do SUS podem propor a esta instância melhorias na qualidade da assistência e na sua atuação nos serviços de saúde, podendo ainda realizarem denúncias, reclamações e propor ações que visem adequações as demandas da assistência em saúde (BRASIL, 1990). Desta forma, há participação política da comunidade nos interesses para o fortalecimento de SUS que atende aos princípios e diretrizes assegurados pela constituição. Por fim, os conselhos de saúde são importantes para a participação da sociedade na tomada de decisão, mecanismo estratégico para a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS (BORTOLI; KOVALESKI, 2019).

De uma forma geral, as dificuldades que envolvem a questão do acesso à saúde só podem ser superadas através de políticas sociais e econômicas. A partir do momento em que estas políticas não são implementadas, ou se mostram insuficientes ou inadequadas, as pessoas, naturalmente, irão procurar outros meios para assegurar o acesso aos serviços de saúde. Neste caso, entra o Juizado Especial (ZEBULUM, 2017). Este se revela bastante atrativo e pertinente à preocupação em se facilitar o acesso à justiça, pois as pessoas, principalmente os usuários dos serviços públicos, podem buscar seus direitos, sendo propiciado ainda àqueles que comparecem desacompanhados de advogados, sendo estabelecido atendimento gratuito por profissionais habilitados na área jurídica, a fim de facilitar a proposta das medidas judiciais adequadas a cada caso (ZEBULUM, 2017).

Frente a isso, analisa-se que o Juizado Especial da Saúde se apresenta como uma ferramenta fundamental para concretizar esta garantia constitucional, estabelecendo direitos sociais e individuais pela CF/1988, sendo descrito que a saúde é um direito fundamental da pessoa humana, considerada um direito de todos e dever do Estado (DALLARI, 2013).

Apesar de constituir uma peça fundamental na busca pela ampliação e facilitação do acesso à justiça, os Juizados Especiais revelam uma importante mudança de paradigma no sistema de justiça brasileiro,

nem sempre alcançando a mesma repercussão e os mesmos resultados tratando-se do acesso à saúde. A luta pelo direito à saúde no Brasil, exige enfrentar diversos desafios, especialmente na construção de projetos de desenvolvimento nacional. Para ser coerente com a ideia da saúde como direito fundamental e dever do Estado, o desenvolvimento deve ser soberano, inclusivo e sustentável (SILVA, 2016).

Para garantir o acesso ao direito à saúde, é necessário o investimento em políticas públicas voltadas para o combate às desigualdades; em habitação, saneamento e transporte público; inovação da estrutura produtiva e tecnológica; no manejo sustentável de recursos naturais; no acesso universal a serviços de qualidade nas áreas de Educação, Seguridade Social e Segurança Alimentar (SOUZA *et al.*, 2019).

Medidas devem focar ainda na melhoria da eficiência das políticas de planejamento, principalmente no que tange a profissionalização e a publicização da gestão, a regionalização da saúde e a política de pessoal. Ainda na valorização de carreiras públicas, adoção de critérios de desempenho para avaliar o trabalho em saúde, construção de um processo educacional que articule a formação e a qualificação profissional (SILVA, 2016).

Além disso, a direção dos estabelecimentos de saúde deve ser empoderada, concedendo-se maior autonomia aos gerentes locais e, ao mesmo tempo, responsabilizando-os pelos resultados alcançados mais do que pela obediência a normas administrativas. Outra questão relativa diz respeito ao desafio de fortalecimento do SUS no que se refere ao seu financiamento. Assim, políticas públicas precisam ser formuladas e implementadas tendo especial atenção aos princípios que norteiam o direito à saúde no país e a capacidade financeira do Estado (SOUZA *et al.*, 2019).

Frente ao elucidado e, apesar dos avanços conquistados com o SUS, o estrangulamento de recursos públicos e a difusão de determinadas ideias tornam o sistema vulnerável ao risco de distanciar-se de sua concepção original. A participação dos indivíduos no processo de reivindicação dos direitos é fundamental para a concretização do SUS,

entretanto, a desigualdade social e econômica existente diferencia as formas de organização para a conquista de direitos.

Enfim, faz-se necessário lutar pela democracia em todos os níveis, nos locais de trabalho e estudo, nos espaços de convivência social, no cotidiano da vida das pessoas e das instituições. É preciso ampliar radicalmente o debate público, denunciando os riscos que vive o país de um retrocesso civilizatório, explicitando os vínculos entre “Saúde e Democracia” e reagindo ao avanço do fascismo, do conservadorismo cultural e do autoritarismo político que ameaçam as conquistas democráticas alcançadas com muita luta nos últimos anos de avanço do SUS e do direito à saúde (SILVA, 2016; SOUZA *et al.*, 2019).

## CONSIDERAÇÕES

A garantia do direito à saúde é uma responsabilidade de todos, não apenas do Estado. A sociedade civil também deve se mobilizar e lutar por um sistema de saúde mais justo e eficiente. A participação dos usuários do sistema de saúde, por meio dos conselhos de saúde e ouvidorias, é essencial para a melhoria da qualidade dos serviços. Isto requer esforços conjuntos do Estado, da sociedade civil e dos profissionais de saúde, em uma ação colaborativa em prol do direito fundamental à saúde.

Entretanto, apesar de todos os obstáculos encontrados no caminho, as conquistas obtidas durante os anos de SUS demonstram a força e potencial existente no atual sistema de saúde brasileiro. O conhecimento de experiências exitosas no campo da integralidade possibilita um novo despertar na crença de mudanças possíveis em direção ao avanço na conquista do direito à saúde pleno e não mais compartimentado. Tal despertar pode contribuir, inclusive, para impulsionar o exercício da cidadania com pressão e mobilização política na luta pelo direito à saúde universal.

## REFERÊNCIAS

BARROS, P. de S.; AQUINO, E. C.; SOUZA, M. R. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019.

- BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. **Saúde debate**, v. 43, n. 123, p. 1168-1180, 2019.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal, Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 113 p., 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CALIARI, R.; RICARDI, L. M.; MOREIRA, M. R. Análise das manifestações à Ouvidora-geral do SUS, no período de 2014 a 2018: evidências para a tomada de decisões. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 205-218, 2022.
- CALIXTO, F.; ALMEIDA, A. P.; FRANÇA, L. H. Diálogos interinstitucionais na judicialização da saúde como estratégia de sustentabilidade do SUS. **Saúde Em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1015-1029, 2022.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
- CULPA, M. et al. Desnutrição infantil e seus determinantes imediatos, subjacentes e básicos em Moçambique: uma análise temporal de 1997 a 2015. **Revista de Alimentação e Cultura das Américas**, v. 3, n. 2, p. 77-92, 2022.
- DALLARI, SG. Aspectos particulares da chamada judicialização da saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v. 14, n. 1, p. 77-81, 2013.
- DIAS, M. S. A. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.
- FARIA, M.; CAMARGO, M.; AGUILLAR, A. **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.
- FERNANDEZ, M. C. et al. Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis**, v. 31, n. 4, p. 1-23, 2021.
- FERNANDEZ, M. et al. A Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento à pandemia da COVID-19: um mapeamento das experiências brasileiras por meio da Iniciativa APS Forte. **APS em Revista**, v. 3, n. 3, p. 224-234, 2021.
- GAMA, A. S.; CRUZ, C. M. P. Ouvidoria e conselho de usuários dos serviços públicos: desafios de implementação. **Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman**, s/v., n. 4, p. 65-77, 2022.

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.

JURUENA, C. G.; VALLE, V. C. L. L. usuário do serviço público e a aplicação da Lei 13.460/2017 sob o enfoque dos Poderes Executivo e Judiciário. **Sequências**, v. 42, n. 87, p. 1-29, 2021.

MALVEIRA, A. S. et al. Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4164-4173, 2021.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. p. 869, 2019.

OLIVEIRA, D. T.; OLIVEIRA, A. G. As ouvidorias do SUS: como a participação popular se materializa como ferramenta de gestão para os formuladores de política pública? **Revista Tecnologia e Sociedade**, v. 15, n. 35, p. 290-310, 2019.

MOREIRA, T. M. Q. A constitucionalização da Defensoria Pública: disputas por espaço no sistema de justiça. **Opinião pública**, v. 23, n. 3, p. 647-681, 2017.

NÓBREGA, L. R. M. **Direito à saúde: da legitimidade do ministério público para atuar em defesa do fornecimento de medicamentos pelo estado a indivíduos hipossuficientes**. Monografia (Especialização em Direito Constitucional e Direito Processual Constitucional). Universidade Estadual do Ceará. Ceara, 109 p. 2015.

PORTELLA, A.; SILVA, C. S. Federalismo fiscal, dignidade da pessoa humana e o financiamento da saúde pública no Litoral Sul da Bahia. **Saúde e Sociedade**, v.31, n.4, e200482pt, 2022.

SANT'ANA, R. N. Atuação da Defensoria Pública para a garantia do direito à saúde: a judicialização como instrumento de acesso à saúde. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, p. 194-211, 2018.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SOUZA, L. E. P. F. et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019.

SILVA, M. E. A. Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. **Revista Constituição e Garantia de Direitos**, v. 9, n. 2, p. 4-22, 2016.

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

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3. p. 1-28, 2016.

ZEBULUM, J. C. Juizados Especiais: uma solução para a questão da saúde? **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 1, p. 180-206, 2017.

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

<sup>2</sup>Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, <http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

<sup>3</sup>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>

<sup>4</sup> 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>

<sup>5</sup>Doutora em Ciências pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Centro Multidisciplinar - UFRJ Macaé). <https://lattes.cnpq.br/3374026627546687>

<sup>6</sup>Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP/USP, Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva e da Família pela UNICAMP, <http://lattes.cnpq.br/8610599944252394>

## SOBRE OS AUTORES



### **Adriana Rodrigues de Sousa**

Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Coordenadora da Atenção Primária à Saúde de Crateús-CE. Coordenadora do Estágio Supervisionado I da Faculdade Princesa do Oeste-FPO Crateús-CE.

<http://lattes.cnpq.br/6514486734998422>

E-mail: arodrigues\_sousa@hotmail.com



### **Carolina Castro Santos**

Mestra em Ensino e Relações étnico-raciais pela Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, Pós-graduanda em Terapia Cognitiva-comportamental pelo Instituto Cognitivo.

<http://lattes.cnpq.br/3528437060155470>

E-mail: carolinacastro.psico@gmail.com.br



### **Caroline Guilherme**

Doutora em Ciências pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Centro Multidisciplinar - UFRJ Macaé).

<https://lattes.cnpq.br/3374026627546687>

Email: carolgufrj@gmail.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



### **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



### **Gabriela Andrade da Silva**

Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP; Professora adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB. <http://lattes.cnpq.br/9648837459608252>

E-mail: [gabriela.silva.ufsb@gmail.com](mailto:gabriela.silva.ufsb@gmail.com)



### **Isabele Pereira Nascimento**

Doutoranda em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação (PPGE) da Universidade Federal da Bahia - UFBA. <http://lattes.cnpq.br/8615161015253767>

E-mail: [isabelesud@hotmail.com](mailto:isabelesud@hotmail.com)



### **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](mailto: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](mailto: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: [jlalmeida@uesc.br](mailto:jlalmeida@uesc.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



**Juliana Neves Ferreira**

Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC.

<http://lattes.cnpq.br/2050621016634318>

E-mail: july.nevesf@gmail.com



**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



**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](mailto:silva.leticia@gmail.com)



**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](mailto:lidicristinaroberto@gmail.com)



**Lislaine Aparecida Fracolli**

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](mailto:lislaine@usp.br)



**Moema de Souza Báfica**

Mestra em Ensino e Relações Étnico Raciais (UFSB), Especialista em Inclusão e Diversidade na Educação (UFRB), Pós-graduanda em Gênero e Sexualidade na Educação (UFBA), Coordenadora Pedagógica no Educandário Siqueira, Professora de Língua Portuguesa no Município de Ilhéus. <http://lattes.cnpq.br/2339225039546470>

E-mail: [moemasbafica@gmail.com](mailto:moemasbafica@gmail.com)



**Myria Ribeiro da Silva**

Doutora em Ciências (UNIFESP). Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Coordenadora do Laboratório de Infctologia 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. <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>

E-mail: [mrsilva@uesc.br](mailto: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](mailto:natiane_oliveira@hotmail.com)



**Pá da Silva Lôpo**

Pós-graduando em Direito médico e da saúde – Legale Educacional.  
<http://lattes.cnpq.br/2325696638494627>

E-mail: [bellopo26@gmail.com](mailto:bellopo26@gmail.com)



**Patrícia Betyar Góes Santos**

Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC.  
<http://lattes.cnpq.br/8772212487164656>

E-mail: [pbsantos@uesc.br](mailto:pbsantos@uesc.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](mailto:prudencesecchin@gfe.ufsb.edu.br)



**Rodrigo Eduardo Rocha Cardoso**

Doutorando em Letras: Linguagens e Representações da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC.  
<http://lattes.cnpq.br/4539096702003833>

E-mail: [rodrigoerc@hotmail.com](mailto:rodrigoerc@hotmail.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



### **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



### **Vanessa Souto Paulo**

Mestranda em Saúde, Ambiente e Biodiversidade (PPGSAB) pela Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB.

<http://lattes.cnpq.br/5659540666498025>

E-mail: nessagrapi@gmail.com



### **Zenildo Santos Silva**

Mestre 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/7014972921405566>

E-mail: zomocara@hotmail.com

## 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 Técnico-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



# ÍNDICE REMISSIVO

## A

absenteísmo 10, 18, 22, 30, 31, 38, 39, 41, 106, 142

acessibilidade 9, 19, 27, 35, 36, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 80, 87, 103, 104, 109, 142

acesso 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 121, 122, 123, 127, 128, 129, 130, 133, 141, 142

Acesso aberto 20, 37, 142

Acesso Avançado 5, 7, 8, 9, 12, 17, 23, 29, 32, 37, 39, 40, 44, 45, 91, 99, 100, 104, 105, 106, 107, 108, 142

acesso de primeiro contato 8, 11, 15, 26, 27, 35, 36, 37, 142

acesso à saúde 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 25, 32, 33, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 63, 67, 68, 69, 74, 75, 76, 79, 81, 82, 83, 85, 86, 89, 90, 96, 99, 109, 112, 115, 121, 122, 127, 129, 130, 133, 141, 142

acolhimento 9, 10, 12, 20, 27, 48, 53, 64, 65, 81, 82, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 142

Acolhimento por Equipe 9, 12, 20, 89, 91, 92, 96, 117, 142

agenda 17, 20, 21, 28, 29, 30, 31, 32, 38, 41, 44, 100, 106, 142

agendamento 8, 10, 11, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 38, 40, 42, 52, 90, 93, 96, 97, 99, 100, 102, 103, 105, 106, 108, 142

Atenção Básica 5, 6, 22, 23, 26, 29, 32, 45, 64, 65, 76, 77, 87, 97, 98, 108, 119, 123, 125, 133, 142

Atenção Primária à Saúde 5, 8, 9, 11, 12, 13, 25, 35, 43, 44, 45, 47, 48, 57, 59, 64, 65, 67, 76, 78, 79, 87, 88, 89, 96, 97, 99, 106, 107, 108, 109, 117, 118, 119, 121, 132, 141, 142

atualização 8, 101, 142

## B

barreiras 9, 15, 17, 25, 30, 37, 48, 53, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 75, 81, 84, 85, 127, 142

BRETON 18, 19, 22, 30, 32, 40, 100, 106, 142

## C

capacitação 9, 26, 49, 58, 62, 63, 74, 75, 81, 82, 85, 112, 115, 116, 141, 142

cidadania 5, 54, 55, 94, 131, 142

cidadãos 5, 6, 7, 58, 122, 123, 124, 126, 127, 142

Constituição Federal 7, 48, 80, 121, 123, 127, 142

## D

desafios 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 25, 29, 32, 33, 37, 45, 47, 49, 50, 57, 58, 59, 63, 64, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 76, 77, 97, 101, 104, 106, 107, 112, 115, 117, 118, 121, 122, 130, 131, 132, 133, 142

desigualdades 8, 9, 11, 13, 23, 27, 33, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 90, 122, 130, 142

dificuldades 7, 8, 17, 18, 53, 59, 65, 68, 71, 73, 81, 110, 112, 129, 142

direito à saúde 7, 8, 10, 12, 25, 32, 75, 76, 121, 122, 123, 124, 128, 130, 131, 133, 142

## E

equipe multidisciplinar 15, 19, 21, 30, 42, 43, 83, 103, 142

Estratégia de Saúde da Família 98, 108, 118, 119, 125, 142

estratégias 8, 10, 12, 19, 23, 37, 45, 69, 74, 75, 76, 81, 90, 92, 97, 101, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 125, 126, 142

etnia 7, 49, 142

## F

ferramenta 8, 9, 21, 29, 30, 32, 43, 91, 92, 95, 97, 119, 122, 129, 133, 142

filas 10, 27, 29, 52, 92, 96, 99, 106, 142

Fracolli 6, 7, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 23, 25, 35, 38, 40, 44, 45, 47, 57, 67, 89, 99, 104, 105, 107, 109, 121, 142

## G

gestores 8, 10, 14, 31, 44, 96, 126, 142

gestão da oferta 9, 12, 89, 92, 96, 142

gênero 7, 9, 12, 32, 48, 56, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 114, 116, 142

## H

humanização 45, 53, 84, 86, 90, 95, 96, 113, 115, 117, 119, 142

## I

indígenas 9, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 76, 142

informação 8, 21, 23, 28, 32, 33, 49, 54, 55, 56, 71, 72, 75, 81, 103, 104, 120, 124, 127, 142

## M

melhoria 5, 8, 20, 25, 28, 29, 31, 96, 101, 102, 105, 116, 119, 126, 130, 131, 142

modelos de agendamento 29, 33, 93, 99, 108, 142

modelo tradicional de agendamento 38, 142

MURRAY 17, 18, 23, 30, 33, 35, 38, 39, 40, 42, 45, 99, 100, 107, 142

## O

oferta 8, 9, 10, 12, 18, 20, 30, 36, 37, 39, 40, 43, 49, 53, 60, 70, 74, 89, 90, 91, 92, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 111, 116, 121, 127, 142

OLIVEIRA 3, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 23, 25, 28, 33, 35, 36, 38, 40, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 67, 79, 83, 88, 89, 95, 98, 99, 101, 104, 105, 107, 109, 110, 111, 115, 118, 119, 121, 127, 133, 141, 142

## P

pessoas com deficiência 9, 11, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 142

pilar 101, 103, 104, 142

políticas 5, 13, 21, 22, 27, 32, 33, 44, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 63, 64, 65, 67, 69, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 83, 84, 85, 89, 96, 116, 121, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 142

População em Privação de Liberdade 9, 67, 72, 142

População em Situação de Rua 9, 67, 68, 76, 77, 142

população negra 9, 11, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 118, 142

população ribeirinha 9, 67, 68, 71, 76, 142

potencialidades 8, 11, 13, 14, 22, 23

profissionais de saúde 8, 9, 10, 13, 15, 18, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 36, 37, 42, 43, 44, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 60, 61, 65, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 131

**Q**

qualidade 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 39, 40, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 59, 61, 63, 67, 68, 69, 70, 72, 74, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 91, 92, 94, 95, 96, 101, 103, 105, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 116, 117, 119, 122, 126, 127, 129, 130, 131

qualificação 90, 91, 94, 97, 130

quilombolas 9, 56, 67, 68, 70, 72, 73, 76

**R**

raça 7, 32, 48, 49, 55

**S**

serviços de saúde 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 35, 36, 37, 42, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 114, 116, 119, 121, 122, 125, 127, 129

sistema de saúde 8, 10, 14, 15, 16, 21, 26, 28, 33, 35, 38, 49, 53, 60, 63, 75, 79, 86, 89, 90, 93, 109, 110, 131

Sistema Único de Saúde 5, 7, 13, 25, 35, 46, 57, 64, 79, 87, 89, 97, 99, 101, 106, 108, 121

Supersaturate 20, 38

**T**

tecnologias 5, 8, 17, 18, 22, 23, 28, 29, 30, 31, 33, 45, 49, 50, 51, 54, 65, 66, 89, 100, 104, 105, 108, 113, 115, 116, 127, 133, 141

treinamento 17, 18, 61, 95, 109, 119

**U**

universalidade 8, 11, 25, 32, 33, 44, 76, 79, 80, 124, 125, 129

universalização 10, 25, 29, 33

usuários 5, 7, 8, 9, 10, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 48, 50, 51, 52, 57, 58, 60, 61, 62, 68, 76, 79, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 124, 126, 127, 129, 131, 132

**V**

vagas 20, 38, 39, 41, 89, 95

vulnerabilidades 67

ISBN 978-65-5368-205-4



Este livro foi composto pela Editora Bagai.



[www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)



[/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)



[/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



[contato@editorabagai.com.br](mailto:contato@editorabagai.com.br)

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.

LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA

