



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA



BRUNA PEIXER

O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO À SAÚDE

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como requisito parcial para obtenção de título de especialista em saúde família.

Orientadora: Prof. Doutora Jussara Gue Martini

FLORIANÓPOLIS

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA



Banca Examinadora

Prof. Doutora Jussara Gue Martini
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Doutora Felipa Rafaela Amadigi
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Doutora Gisele Cristina Manfrini Fernandes
Universidade Federal de Santa Catarina

FLORIANÓPOLIS

2020

Acesso à APS no Brasil e suas implicações no cuidado à saúde:

Revisão integrativa

Bruna Peixer¹

Jussara Gue Martini²

Resumo: Este artigo visa analisar as formas de acesso à Atenção Primária em Saúde no Brasil. Sendo uma revisão integrativa com amostra de 12 artigos das bases de dados: LILACS e SCIELO. O acesso a APS é debate constante nos municípios brasileiros, apesar de ser a porta de entrada dos serviços de saúde existem muitas barreiras no acesso, que podemos subdividir em três dimensões, política, organizacional e técnica. O modelo de acesso que demonstrou maior eficiência foi o acesso avançado, porém ficou claro que nenhuma inovação consegue se desenvolver sem investimentos adequados nas políticas públicas de saúde e o conceito de saúde centrado na totalidade do ser humano.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Modelos de acesso; Organização do acesso à saúde; Política de Saúde.

Abstract: This article aims to analyze the forms of access to Primary Health Care in Brazil. It is an integrative review of 12 sample articles from the LILACS and SCIELO databases. Access to Primary Health Care is a constant issue in Brazilian towns, for inspite being the main entrance to health care services, there are countless hindrances in its accessibility - which we shall categorize in three dimensions: political, organizational and technical. The accessibility model which yielded the best efficiency was the Advanced Access, although it's become clear that no innovation is able to properly develop itself without suitable investment in the public health policies and without the health concept being focused at the human being in its totality.

KEY-WORDS: Primary Health Care; Health Care Accessibility; Accessibility Models; Accessibility organization; Health Policies

Introdução

O acesso aos serviços de saúde vem sendo temática de análise a muito tempo no Brasil, principalmente pelas grandes transformações econômicas que ocorreram nos últimos 30 anos, demarcando imensas vitórias, como a construção do Sistema Único de Saúde e ampliando o conceito sobre os determinantes de saúde. A política de saúde passa a sofrer influências do atual modo de produção, que visa à saúde como mercado e focaliza as políticas sociais. O capital tem mais interesse nesse setor, vislumbrando um “mercado da saúde” com potencial nos monopólios da indústria farmacêutica, equipamentos hospitalares e laboratórios (BRAVO, 2006).

A existência de barreiras continua presente no acesso à saúde pela população brasileira, como a falta de profissionais, filas para marcação de consultas e exames.

¹ Assistente Social. Residente Multiprofissional em Saúde da Família UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

² Doutora em Educação. Professora do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Observa-se a tentativa de diversos municípios brasileiros em modificar esse cenário, implementando diversas modalidades de acesso, como acesso avançado, lista de pacientes, atendimento à demanda espontânea e ampliação do horário de atendimento.

Em relação à organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde que atendam às reais necessidades de saúde da população e construídos numa perspectiva interdisciplinar e com participação social no controle de suas atividades. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, elaborou a Declaração de Alma-Ata que elenca as seguintes ações mínimas necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994 e consolidado como Estratégia de Saúde da Família em 1998, é a principal estratégia de implementação e organização da APS no Brasil, o programa se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro, ampliando sua concepção para um modelo de saúde coletiva, multiprofissional e centrado na família e na comunidade. Segundo Starfield a APS tem como preceitos básicos a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Entretanto, atualmente ainda existe a necessidade de melhor articulação para estratégias de acesso, que garantam o princípio da integralidade, apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país.

A APS coloca-se como porta de entrada e primeiro contato com os serviços de saúde, com isso a acessibilidade precisa se ajustar de maneira equilibrada entre disponibilidade de serviços e necessidades da população. Esse ajuste não é tarefa fácil, visto os inúmeros fatores socioeconômicos, geográficos, estruturais, econômicos e políticos existentes no país.

Considerando as diversas dimensões que implicam no acesso a APS no Brasil, questiona-se sobre as implicações na atenção à saúde nos modelos de acesso presentes no Brasil. Buscando responder aos questionamentos sobre qual será o melhor modelo, propõe-se analisar a produção científica nacional em periódicos, referente ao acesso à APS no Brasil.

Método

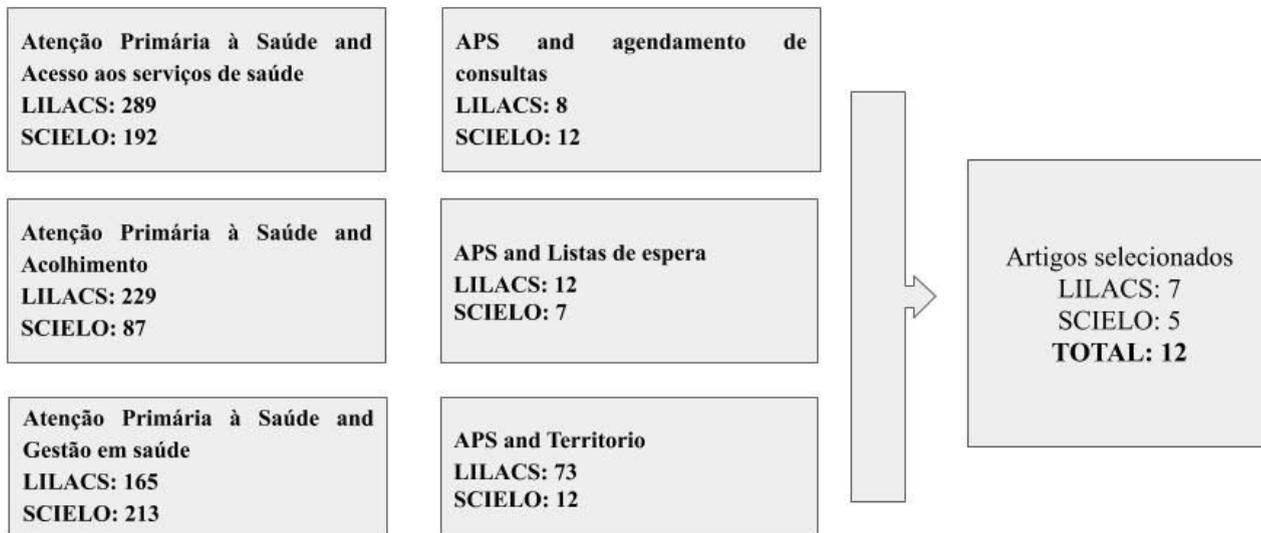
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com intuito de fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular. Esse método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

A revisão integrativa compreende as seguintes etapas: Definição do problema; Seleção da amostra, após definição dos critérios de inclusão; Caracterização dos estudos; Análise dos resultados e apresentação e discussão dos achados (GANONG, 1987).

As questões elaboradas para base da pesquisa foram: o que tem sido publicado sobre as modalidades de acesso à APS? Como os modelos de acesso impactam na condição de saúde da população?

A seleção dos textos deu-se por meio do acesso às bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram usados os descritores controlados combinados com: Atenção primária à saúde, Acesso aos serviços de saúde, Acolhimento, Gestão em saúde, Agendamento de Consultas, Território e Listas de Espera.

Foram incluídos na revisão artigos completos relacionados ao objeto de pesquisa, sem restrição de idiomas, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019. Foram excluídos artigos do tipo revisão e comentário, bem como artigos cujo objeto de estudo principal, ainda que alinhado com a APS, fosse específico de alguma patologia. Assim, foram analisados 12 estudos, que estão descritos no quadro abaixo.



Referência (Ano)	Método	Objeto de estudo	Resultados principais
RODRIGUES, Juliana Bonelli; IBANHES, Lauro Cesar. 2019 (A1)	Revisão Bibliográfica e documental	Acolhimento na Atenção Básica	A pesquisa evidenciou os formatos de acolhimento, fomentando as necessidades de saúde como centros do atendimento aumentam o número de usuários cadastrados, vínculos e oferta de serviços.
TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. 2018 (A2)	Revisão narrativa com estudos qualitativos e quantitativos	Situação do acesso ao cuidado na APS brasileira	As principais barreiras ao acesso aos serviços da APS são: falta de financiamento, excesso de usuários vinculados às equipes da ESF, número reduzido de Médicos, burocratização e problemas funcionais dos serviços, como rigidez nos agendamentos. Conclui-se que é necessário estimular o acesso vinculado com o conceito de cuidado longitudinal.

<p>PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al.2017 (A3)</p>	<p>Quantitativo e qualitativo</p>	<p>Satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde- acesso e utilização</p>	<p>Podem-se destacar como fatores que implicam o acesso as UBS: o horário de funcionamento (Nordeste); profissionais perguntarem pelos familiares (Norte); interesse dos profissionais sobre outras necessidades de saúde (Centro-Oeste); ser escutado sem ter hora marcada (Sul); e retirar suas dúvidas após a consulta (Sudeste). Os fatores que influenciam a satisfação dos usuários variam em cada região do país.</p>
<p>LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al. 2015 (A4)</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>Acesso aos serviços de atenção primária no município de Recife</p>	<p>As principais barreiras destacadas para o acesso a APS foram a falta de financiamento para os serviços, a cobertura ainda insuficiente da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a oferta insuficiente de profissionais. Entre os elementos facilitadores, os mais relevantes foram a própria existência da ESF, a comunicação informal e o trabalho do agente comunitário de saúde. Conclui-se que, existe a necessidade de colocar a ESF como prioridade de gestão e financiamento, pois somente assim o acesso será universal e equânime na rede de saúde de Recife.</p>
<p>SILVA, Vanessa Costa; BARBOSA, Pedro Ribeiro; HORTALE, Virgínia Alonso. 2016 (A5)</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>Modelo de gestão por Organizações Sociais na Estratégia Saúde da Família</p>	<p>Caracterizar e analisar aspectos do sistema adotado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O modelo de Organização Social ainda necessitaria ser aprimorado como alternativa de gestão na APS.</p>
<p>ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos.2016 (A6)</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>Analisar o alcance da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde em três regiões de saúde</p>	<p>Pretende-se trazer novos aportes ao debater o tema no contexto de regiões de saúde, considerando que ainda são inéditas as pesquisas que buscam investigar o atributo da coordenação em situação que exige integração horizontal entre profissionais e prestadores do mesmo nível com base em uma APS fortalecida em seus atributos essenciais e, vertical, entre serviços da rede sob gestão de entes federados distintos. Portanto, analisar dispositivos facilitadores e barreiras à coordenação em territórios regionais pode sinalizar caminhos para a consecução de acesso mais oportuno e de qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS).</p>

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. 2017 (A7)	Estudo quantitativo e qualitativo	Compreender a satisfação dos usuários com acesso e acolhimento da APS	Melhorias são necessárias na organização do agendamento de consultas, além de maior corresponsabilização dos profissionais em facilitar o acesso de forma a acolher todos que procuram atendimento na APS, priorizando aqueles usuários em situações de busca frequente aos serviços de prontidão em situações não urgentes.
PESSOA, Bruno Henrique Soares; GOUVEIA, Eneline de Andrade Heráclio; CORREIA, Isabel Brandão. 2017 (A8)	Revisão da literatura	Estratégias existentes para ampliação do acesso	O modelo “Upinha 24 horas” aparenta ser baseado na concepção de uma APS que funciona como complemento para os serviços de urgências já existentes e não como ordenadora do serviço. Apesar de apontar numa direção inicialmente acertada, a implantação das “Upinhas 24 horas” parece ainda ser uma proposta incipiente na garantia de acesso.
POERSCH, Lisiane Gregis; ROCHA, Cristianne Maria Famer. 2016 A(9)	Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa	Prática do acolhimento	O acolhimento demonstrou ser um fundamental instrumento para o atendimento humanizado nos serviços de saúde, melhorando a qualidade dos atendimentos e a relação entre trabalhadores e usuários.
VIDAL, Tiago Barra et al. 2019 (A10)	Estudo descritivo	Qualidade dos serviços de 11 Centros de Saúde de Florianópolis.	O acesso avançado melhora a produtividade e redução do absenteísmo comparado aos demais modelos de acesso, porém ainda não existem estudos concretos abordando a qualidade do serviço nesse modelo. Avaliação realizada no município de Florianópolis.
LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al. 2015 (A11)	Estudo de caso	Elementos que influenciam o acesso aos serviços de atenção primária no município de Recife	Existem muitas barreiras em relação aos serviços de saúde no país, muitos deles não respeitam os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade. A grande maioria dos entrevistados na pesquisa apontou o difícil o acesso aos serviços de saúde de atenção primária na rede do município de Recife. Um elemento facilitador de acesso é a existência da ESF.
ALMEIDA, Patty Fidelis de; MARIN, Juliana; CASOTTI, Elisete. 2017 (A12)	Estudo descritivo	Coordenação do cuidado	No município do Rio de Janeiro a avaliação sobre a qualidade do serviço como porta de entrada indicou que os usuários buscavam a atenção básica para resolver seus problemas de saúde, o prontuário eletrônico estava disponível, embora não fosse integrado aos demais níveis, e os profissionais indicaram realizar reuniões semanais e receber apoio matricial. Porém, o tempo de espera para atendimento especializado era alto e a

			comunicação entre os profissionais insuficiente, o que dificultava o percurso do usuário.
--	--	--	---

Fonte: Elaboração da autora

Resultados e Discussão

Trata-se de um corpus de análise totalmente em português. Em relação à metodologia dos estudos, quatro são estudos de caso, dois estudos descritivos quatro mistos com estudo quantitativo e qualitativo, uma revisão de literatura e uma revisão documental. A análise dos artigos está organizada com uma reflexão inicial sobre o que os artigos abordam em relação ao acesso e, em seguida, com a discussão de três dimensões do acesso: política, organizacional e técnica.

O Acesso na Atenção Primária

Nesta revisão os estudos selecionados contextualizam as políticas nacionais de acesso aos cuidados primários em alguns municípios brasileiros e os desafios, barreiras e propostas para o acesso à atenção primária em saúde.

O fortalecimento da APS deve ser identificado como ação fundamental para o enfrentamento da crise do Sistema de Saúde, visto que todo o restante das políticas sociais públicas no Brasil também vem enfrentando um cenário de constantes dismantelamentos de direitos historicamente adquiridos. O impacto direto dessa situação reflete tanto nos usuários atendidos, como nos trabalhadores e na lógica em que esse sistema se organiza. Segundo os preceitos do Movimento da Reforma Sanitária brasileira o sistema de saúde necessita de uma APS forte, abrangente e integral.

A Atenção Básica deve ser capaz de desenvolver ações de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população residente em seu território adscrito, garantindo a continuidade e o cuidado longitudinal aos usuários, ultrapassando a esfera da intervenção curativa individual, respeitando o disposto no Art. 2º PNAB 2017

“A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASI, 2017)

De acordo com a PNAB 2017 §1º “*A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção em Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.*” Pensar no acesso é colocar em prática os princípios da Equidade que implica em cuidados efetivos acessíveis a toda a população, possibilitando acesso aos que mais necessitam e intervenções com olhar criterioso para a grande diversidade territorial, ambiental, social, cultural e econômica das cinco macrorregiões do Brasil, cujas disparidades refletem no acesso desigual às condições básicas de vida; na disponibilidade de serviços públicos; na expectativa de vida ao nascer e na capacidade institucional dos governos estaduais. A Integralidade e universalidade também são princípios essenciais para garantia de acesso à atenção à saúde, sendo este um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e aquele a garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

Com a implementação da ESF, a organização da atenção à saúde passou a valorizar a clínica ampliada, expandindo a forma de realização do cuidado, que deixa de ser centrado exclusivamente no âmbito individual e passa a considerar o coletivo no desenvolvimento de sua prática (RODRIGUES, IBANHES, 2019.)

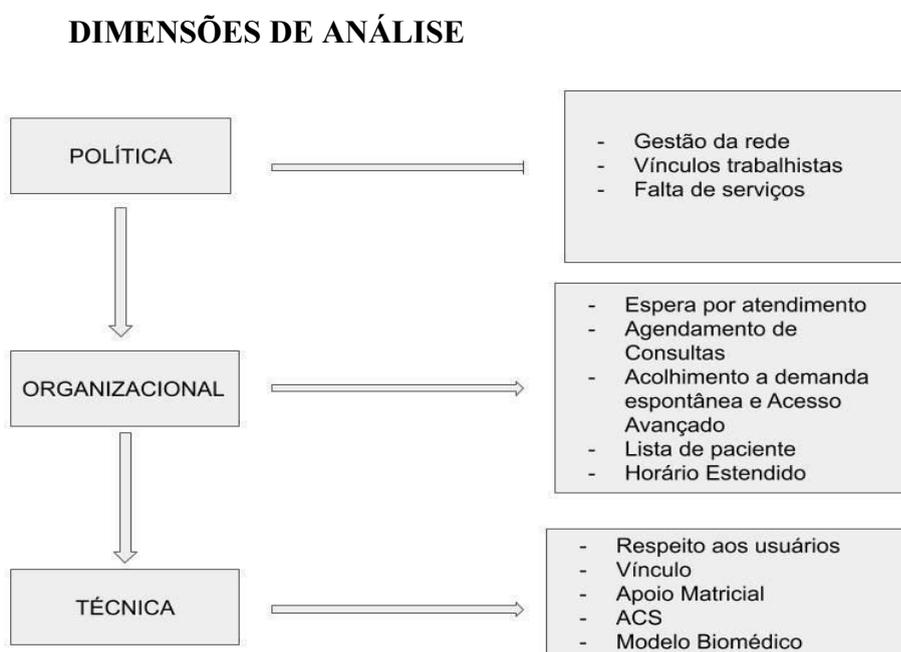
Sendo a APS a porta de entrada para os serviços de saúde, ela deve ser organizada de forma que promova inclusão e facilidade de acesso, priorizando ser o primeiro contato, ser coordenadora do cuidado, oferecer cuidados longitudinais e oferecer cuidados abrangentes (TESSER, NORMAN, VIDA, 2018).

Quanto à cobertura de serviços da APS brasileira, segundo as pesquisas mais recentes, 72% da população não têm planos de saúde, 56% estão cadastrados em alguma equipe de saúde, 60% afirma que foi atendido em algum serviço do SUS. Segundo dados do Ministério da Saúde, o país possui cerca de três mil usuários por equipe de saúde da família, até 2018 a APS cobria 62.4% da população brasileira (TESSER, NORMAN, VIDA, 2018).

A satisfação dos usuários em relação aos serviços ofertados foi de 76,7% usuários classificados como satisfeitos e 23,3% como insatisfeitos no Brasil. Nas regiões os dados

foram: Centro-Oeste: 22,5% insatisfeitos e 77,5% satisfeitos, Nordeste: 28,5% insatisfeitos e 71,5% satisfeitos, Norte: 36,8% insatisfeitos e 63,2% satisfeitos, Sudeste: 19,9% insatisfeitos e 80,1% satisfeitos, e Sul: 17,1% insatisfeitos e 82,9% satisfeitos.

Para melhor organização dos dados obtidos a partir dos trabalhos selecionados, estes foram organizados nas dimensões de análise encontradas nos trabalhos científicos analisados, subdivididas em categorias, como apresentado abaixo.



Fonte: Elaboração da autora.

A Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada principal e estratégia primária de organização do sistema de saúde, visa responder necessidades da população, fazendo lembrar que a saúde é um direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais é fundamental para sua plena realização. A organização dos serviços da APS contribui para a melhoria da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema de saúde.

O sistema de saúde perpassa diretamente pela organização política do Estado, a garantia em lei é necessária, mas não é suficiente, haja vista que ainda hoje não possuímos igualdade de organização da APS nos municípios brasileiros. A influência do gestor impacta nas formas como os serviços de saúde são ofertados e essa dimensão é fundamental para

pensarmos sobre todo o processo de acesso à saúde.

Segundo a Constituição Federal a saúde faz parte do tripé da seguridade social: *“Saúde, como direito de todos, Previdência, de caráter contributivo, e Assistência Social, para os que dela necessitar.”* Refletir sobre a atual conjuntura é tarefa fundamental, pois as políticas públicas são determinadas pela política econômica atual (BRASIL, 1988).

A influência política na gestão da rede em algumas situações pode tornar-se uma barreira que altera a prioridade do uso dos recursos financeiros destinados à saúde, existindo interferência na tomada de decisão para escolha de quais programas irão permanecer, e muitas vezes eles mudam de acordo com a gestão que está no poder, e não por critérios epidemiológicos. Como consequência, muitos programas de saúde não têm a continuidade das suas atividades, o que dificulta a atuação dos profissionais e o seguimento do tratamento dos pacientes (LIMA, 2015).

Outra situação que ainda gera debate em várias regiões do país é a grande abertura do sistema de saúde para o setor privado. As formas de flexibilização do serviço público se materializam pela precarização salarial, de horário, funcional ou organizativa. Portanto, as estratégias implantadas no setor público são a terceirização da mão-de-obra, flexibilização dos direitos trabalhistas, privatização dos setores públicos e instabilidade funcional. A implementação de parcerias com instituições da sociedade civil tem por justificativa que o Estado não tem condições de prover os serviços. Boa parte das Organizações Sociais trabalham com vínculos trabalhistas temporários, o que prejudica a atenção a saúde da população com a rotatividade grande de profissionais (SILVA, BARBOSA, HORTALE. 2016).

Segundo Costa e Silva, em Feira de Santana, os serviços de saúde também ficaram comprometidos por fatores estruturais como número insuficiente de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ausência de equipes de saúde bucal, oferta reduzida ou simplificada de ações de saúde, poucas intervenções comunitárias, baixo envolvimento dos médicos nas ações coletivas e administrativas e incipiência de apoio logístico e comunicacional para integração e inadequação da estrutura física e acomodações (ALMEIDA, SANTOS, 2016).

Cabe aqui destacar que segundo a pesquisa de Almeida, apesar da grande falta de estrutura na APS, a percepção de usuários e profissionais, parece apresentar boa resolubilidade, o que reafirma a necessidade de investimentos para fortalecê-la. A busca indistinta de serviços públicos como primeiro contato, sejam USF, policlínicas ou hospitais, demonstra a necessidade de organização e articulação da oferta de serviços na rede, de modo

que o acesso via APS seja o preferencial (ALMEIDA, SANTOS, 2016).

Em relação aos fatores organizacionais estão elencados aqui os formatos, barreiras e desafios dos profissionais e gestores para a melhoria do acesso à APS. Os estudos selecionados em relação a esse aspecto mostram os formatos de acesso que estão em pauta no cenário brasileiro.

Espera por atendimento é algo recorrente na rotina do usuário no SUS, e essa é uma das demandas frequentes na APS. Esperar por atendimento causa grande angústia, sendo uma das principais causas de conflitos dentro dos serviços e isso se deve por diversos fatores, tanto pela falta de profissionais ou pela má organização do serviço. No Brasil, existem algumas formas utilizadas para organização do acesso à saúde; demanda por agendamento, demanda espontânea e acesso avançado (GOMIDE, 2017).

A organização a partir de agendamento é avaliada com o maior tempo de espera por consultas na APS, sendo que muitos usuários acabam procurando outro serviço visto a demora de atendimento. Essa é uma das características que mais marcam a insatisfação dos usuários com relação ao acesso, às dificuldades de agendamento de consulta fazem com que exista uma lacuna entre a demanda por atendimento e o momento da oferta deste serviço. E em muitas situações os usuários são orientados a procurar os serviços de média e alta complexidade (PESSOA, GOUVEIA, CORREIA, 2017).

O conceito de acolhimento na saúde é entendido como uma escuta ampliada das necessidades dos sujeitos, passando pelas suas subjetividades e compartilhando suas necessidades com os serviços ofertados. Algumas características que pressupõe o comprometimento com o acolhimento são, capacidade da equipe em receber o usuários, escutar os usuários e lidar com suas necessidades de maneira acolhedora, por meio de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários, fortalecendo que o usuário busque ser sujeito ativo no seu processo de saúde, incentivando que opinem e tomam decisões. Outro aspecto referente ao acolhimento é a estrutura para garantia de eficácia, conforto e privacidade aos usuários no acolhimento, respeitar esses aspectos é valorizar a subjetividade dos usuários entendendo o sujeito em sua singularidade e como parte de um contexto socioeconômico e cultural que possibilita ver muito mais do que um simples problema de saúde (POERSCH,; ROCHA, 2016).

O atendimento à demanda espontânea é um modelo de organização do processo de trabalho que vem sendo utilizado na APS, o “acolhimento à demanda espontânea” ou “acolhimento”, visando dar resposta às necessidades de saúde da população, ampliando o

acesso das demandas urgentes para o mesmo dia, invertendo uma lógica de agendamento prévio, com grandes períodos de espera. Atender a demanda espontânea não deve ser visto como algo focalizado, pois esse tipo de atendimento preconiza a capacidade de resposta da unidade frente à demanda do usuário (PESSOA, GOUVEIA, CORREIA, 2017).

O modelo organizado pelo acesso avançado consiste em organizar um equilíbrio entre a oferta e demanda. Tem por objetivos iniciar o dia com vagas suficientes para suprir a demanda do dia; não fazer restrição em realizar agendamentos futuros necessários. Tendo por características positivas a redução do tempo de espera por uma consulta, diminuição das taxas de absenteísmo. Porém, esse tipo de modelo pode gerar demanda excessiva caso não haja o número suficiente de profissionais e perda da qualidade do seguimento de pacientes com doenças crônicas. Nos estudos selecionados foi apontado a falta de indicadores qualitativos sobre o acesso avançado, ainda falta na literatura material sobre a qualidade dos atendimentos para além do número pessoas atendidas (VIDAL, 2019).

No município de Florianópolis um modelo de organização de acesso que está em fase de implementação é a Lista de Pacientes, que é definida como a fidelização de usuários às equipes de atenção primária, organizada por usuários adstritos na área, atendidos nos últimos dois anos por profissional médico ou enfermeiro da equipe. Esse modelo teve como argumentos de sua defesa a melhor organização da população adstrita e escolha de equipe por usuário, porém alguns aspectos sobre esse processo só virão à tona após sua implementação na prática, como alguns deles são em relação a vigilância de território, falta de profissionais e funções exercidas pelas Agentes Comunitários de Saúde.

Uma forma de ampliar o acesso à APS é a expansão do horário de atendimento. Atualmente em muitos municípios os Centros de Saúde funcionam em horário comercial (8h às 17h), porém esse período também é horário de trabalho de muitos usuários, o que acaba impossibilitando seu acesso aos serviços. Ampliar o horário de atendimento pode ser uma medida muito efetiva para melhorar o acesso da população, porém, esse formato não deve ocorrer a partir da fragmentação de profissionais da ESF.

No Reino Unido, Holanda e Estados Unidos os profissionais médicos oferecem horários estendidos para seus usuários. No Brasil não existem estudos que forneçam esses dados, mas muitos municípios vêm implantando individualmente essas modalidades de oferta de serviços: Curitiba (PR), Mogi das Cruzes (SP) e Boa Vista (RR), por exemplo. Algumas unidades de saúde da família das cidades de Boa Vista e Mogi das Cruzes têm funcionamento

de 24 horas por dia. Os municípios têm autonomia para definir qual o melhor horário de funcionamento de acordo com as necessidades de sua população (LIMA, 2015).

Outro aspecto relevante sobre acesso que surgiu no estudo de Lima foram barreiras em relação a condição socioeconômica da população, que em muitos casos dificulta o deslocamento até as unidades de saúde. Em municípios em que a unidade é distante de casa ou não existe a possibilidade do deslocamento a pé, muitos dos usuários não têm condições de pagar um transporte, nem para comprar medicamentos. Isso acaba impactando na continuidade de tratamentos e provocando ausência de resolutividade (LIMA, 2015).

Outra dimensão que afeta a qualidade de acesso é o fator técnico, que corresponde às posturas profissionais, mas também aos próprios incentivos ofertados pela rede de saúde e a formação dos profissionais presentes na APS.

Um dos elementos apresentado foi à falta de respeito nos atendimentos aos usuários em relação a hábitos culturais, costumes e religião. Esse tipo de prática que desconsidera o contexto de vida de cada pessoa ou comunidade é totalmente o oposto da ideia de saúde dos sujeitos em sua totalidade, visto que essa prática impõe adoção de determinados comportamentos nos sujeitos. Precisamos compreender que a vida dos sujeitos não é independente de sua cultura e condições de vida. O processo de saúde de cada pessoa deve passar por um olhar crítico da sua realidade e refletir sobre sua condição geral (PROTASIO, 2017).

Também foi elencado que os usuários possuem maior vínculo com os profissionais quando perguntados sobre seus familiares, mostrando a importância de refletir sobre todo o meio em que este sujeito está inserido. Outro fator relacionado ao vínculo é em relação aos atendimentos médicos, alguns usuários relataram insatisfação em relação a consultas muito rápidas e ausência de exame físico.

A literatura internacional aponta que a fragmentação do cuidado é uma das principais causas de problemas na qualidade da atenção, associada a custos mais elevados, duplicação e sobreutilização de procedimentos diagnósticos, planos terapêuticos conflitantes. A fragmentação do cuidado pode ser evidenciada em formas de atendimento onde a queixa é pontual, a conduta é pontual e concomitante a isso, dificilmente são criados vínculos com usuários (ALMEIDA, SANTOS, 2016).

A existência de apoio matricial, é citada por Almeida como uma estratégia para fortalecimento das ESF, havendo troca sistemática de conhecimento e fortalecendo a

resolutividade de questões de saúde, evitando que usuários precisassem procurar outros serviços da rede. Infelizmente as políticas que preconizam o trabalho multiprofissional estão esvaindo-se, em 2020 foi lançado pelo Ministério da Saúde a nota técnica número 3 que deixa a critério dos municípios a alocação de profissionais que o compõem.

Um dos profissionais mais atuantes na APS é o Agente Comunitário de Saúde, sendo apontado como o profissional que mais realiza acolhimento e marcação de consultas. Percebe-se uma sobrecarga de trabalho do profissional ACS que assume o papel de acolher os usuários na recepção da unidade, nas visitas domiciliares, nos grupos, organização de materiais e ações realizados e que ainda atua como facilitador do acesso, organizando a demanda de atendimento dos que procuram o serviço diariamente. Em muitos locais esse profissional não recebe a formação adequada para atuar frente a tantas demandas (ALMEIDA, MARIN, CASOTTI, 2017).

No município do Rio de Janeiro muitos usuários desconhecem o trabalho desenvolvido na ESF, e poucos valorizavam as práticas de cuidado, priorizando a busca pelo exame e medicamento nas unidades de saúde (SILVA, BARBOSA, HORTALE, 2016).

Apesar da APS ser formulada com proposta de atividades relacionadas à prevenção e promoção, atualmente ainda permanece a lógica de um modelo curativista, com prioridade para atendimentos individuais. Isso implica no reduzido número de visitas domiciliares realizadas tanto pelos profissionais de nível superior quanto pelos ACS, tendo como justificativa para essa situação a grande demanda por atendimentos individuais nas unidades (LIMA, 2015).

Quanto às formas de acesso elencadas, notamos que os municípios brasileiros têm procurado criar inovações para melhoria de acesso à saúde, porém essa tarefa deve ser analisada em seu contexto amplo, a organização do acesso à APS perpassa por diversos interesses que garantam a estrutura para que isso ocorra. As pequenas mudanças e acertos são materializados pelos resultados de satisfação positivos dos usuários, mostrando que é possível sempre inovar e melhorar a APS.

Apesar das diversas barreiras enfrentadas pela população para o acesso, a avaliação de satisfação com a APS permanece positiva, mostrando que o fortalecimento e investimentos financeiros, valorização da ESF, NASF e ACS e controle social são pontos essenciais para o desenvolvimento da saúde em seu conceito ampliado.

Considerações Finais

Ampliação de acesso aos cuidados de saúde é um tema que segue em constante debate no Brasil, a revisão de antigos modelos e a criação de novos segue sendo uma tarefa cotidiana nos serviços de saúde. Porém, é preciso refletir que o impacto dessas medidas não deve ocorrer de forma isolada, também, é preciso pensar em modelos que incentivem as práticas de promoção, prevenção e defesa do Sistema Único de Saúde.

O presente trabalho apresentou que as barreiras de acesso à APS são comuns em diversos municípios brasileiros, boa parte delas perpassa por características organizacionais como agendamento, atendimento da demanda espontânea e acesso avançado. O acesso avançado foi o modelo que apareceu como promissor, pois evita a demora nos atendimentos e diminui os níveis de absenteísmo. Todas essas modificações só são possíveis com maior investimento nas políticas de saúde; contratação de profissionais, treinamento e melhorias nas estruturas físicas.

Porém, as barreiras também refletem o contexto atual de crise econômica e política, os atuais retrocessos nos direitos sociais coloca cada vez mais em risco à APS. O obscurantismo que permeia as novas propostas de organização de acesso, fim do NASF como política financiada pelo Governo Federal e propostas de intervenção moralistas sobre a saúde requerem atenção de todos os profissionais, usuários e intelectuais que sempre lutaram e seguem defendendo o Sistema Único de Saúde com conceito ampliado de saúde, gratuito e de qualidade.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos. **Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?**. Revista de Saúde Pública, v. 50, p. 80, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006602>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; MARIN, Juliana; CASOTTI, Elisete. **ESTRATEGIAS PARA CONSOLIDACIÓN DE LA COORDINACIÓN DEL CUIDADO POR PARTE DE LA ATENCIÓN BÁSICA**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00064>>. Acesso em: 06 jan. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.

GANONG, L. H. **Integrative reviews of nursing research**. Res. Nurs. Health, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. **A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, p. 387-398, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al. **Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, p. 635-656, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000200016>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al. **Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, p. 635-656, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000200016>>. Acesso em: 04 jan. 2020.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <[FapUNIFESP \(SciELO\)](http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018)>. Acesso em: 05 dez. 2019.

PESSOA, Bruno Henrique Soares; GOUVEIA, Eneline de Andrade Heráclio; CORREIA, Isabel Brandão. **Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

POERSCH, Lisiane Gregis; ROCHA, Cristianne Maria Famer. **Acolhimento sob a perspectiva dos profissionais da saúde da estratégia saúde da família**. SANARE-Revista de Políticas Públicas, v. 15, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/>>. Acesso em: 26 dez. 2019.

PROTÁSIO, Ane Polline Lacerda et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1829-1844, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

RODRIGUES, Juliana Bonelli; IBANHES, Lauro Cesar. Caminhos e Contornos: o Acolhimento na Atenção Básica em São Bernardo do Campo–SP. **Boletim do Instituto de Saúde| BIS| Volume 20| n**, p. 67, 2019.

SILVA, Vanessa Costa; BARBOSA, Pedro Ribeiro; HORTALE, Virgínia Alonso. **Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1365-1376, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.23912015>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

STARFIELD, Barbara et al. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361-378, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125>>. Acesso em: 14 set. 2018.

VIDAL, Tiago Barra et al. **Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível**. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 38, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 04 jan. 2020.