

**UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

JOSÉ ISAIAS COSTA LIMA

Direito à saúde e a Estratégia Saúde da Família como garantia de
acesso à saúde: experiência do Município de Praia Grande/SP

Santos

2020

JOSÉ ISAIAS COSTA LIMA

Direito à saúde e a Estratégia Saúde da Família como garantia de acesso à saúde: experiência do Município de Praia Grande/SP

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Amélia Cohn

Santos

2020

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

344.04 Lima, José Isaias Costa.

L698d A Estratégia Saúde da Família como Garantia de Acesso à Saúde: Experiência do Município de Praia Grande/SP / José Isaias Costa Lima. 2020 87 f.

Orientadora: Professora Dra. Amélia Cohn,

Dissertação (Mestrado) – Universidade Santa Cecília,
Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões individuais e coletivas, Santos, SP, 2020.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Direito à Saúde. 4. Acesso à Saúde. I. Cohn, Amélia. II. A Estratégia Saúde da Família como Garantia de Acesso à Saúde: Experiência do Município de Praia Grande/SP.

Elaborada pela SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - UNISANTA

Direito à saúde e a Estratégia Saúde da Família como garantia de acesso à saúde: experiência do Município de Praia Grande/SP

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, sob orientação da Professora Dra. Amélia Cohn.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Dra. Amélia Cohn (orientadora – Universidade Santa Cecília, Santos, SP)

Professor Marcos Montani Caseiro

Professor Nivaldo Carneiro Júnior

Data da Defesa: Santos, 19 de Junho de 2020.

Resultado: APROVADO

Dedico essa dissertação de Mestrado em primeiro lugar a Deus, aos meus estimados e amados pais, Simão Pedro Silva de Lima e Maria da Dores Costa Lima, à minha ilustríssima senhora, esposa Kallina da Silva Santos Lima e aos meus amados e herdeiros José Pedro Santos Lima e João Felipe Santos Lima, agradeço toda a atenção e paciência para comigo, por entender meu trabalho e me apoiar sempre. Em especial dedico à minha Professora Rachel Monteiro dos Santos, por sempre acreditar em mim. Muito obrigado por tudo

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de vivenciar esse momento tão especial em minha vida, garantindo minha missão nesta terra.

Meus sinceros e eternos agradecimentos à estimada e querida professora Dra. Amélia Cohn, pela coerência, competência e carinho para comigo e minha família durante todo tempo de orientação.

A minha eterna e humilde gratidão aos meus colegas e amigos do Mestrado em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília - UNISANTA, bem como a todos os professores, e às secretarias Sra. Sandra e a Sra. Imaculada, que com muita dedicação e carinho executaram suas atividades em prol da formação de qualidade desta renomada instituição de ensino superior de nosso país!

“... há certas coisas que cabem melhor dentro do silêncio, outras cabem muito mais ainda nas mãos de Deus...”¹

(Padre Zezinho)

¹ Disponível em: < www.pensador.com/frase_de_padre_zezinho/ > Acessado em: 24 de fevereiro de 2020.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo discutir o acesso aos serviços públicos de saúde e trazer a experiência do município de Praia Grande/SP quanto ao processo de agendamento e organização do sistema de saúde local. Estudar o sistema de saúde brasileiro é um grande desafio, dado que ao longo do tempo adquiriu características marcantes que acompanharam a política e a economia do País em cada momento histórico, até a construção, ainda em curso, do Sistema Único de Saúde (SUS). O problema de pesquisa visa apresentar as estratégias utilizadas no Município de Praia Grande/SP para ampliação do acesso aos serviços de saúde da perspectiva da garantia do direito à saúde a partir de uma abordagem crítica reflexiva. Justifica-se essa pesquisa pelo arcabouço jurídico-normativo da LOS n. 8.080, em seu capítulo II dos princípios e diretrizes art. 7, parágrafo II, quando reafirma o princípio da integralidade da atenção à saúde: “a integralidade de assistência, entendida como 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 SUS”. (OHARA, SAITO, 2010). O objetivo geral desta pesquisa é apresentar e analisar de forma sintética o significado das ações de ampliação do acesso aos serviços de saúde no município de Praia Grande/SP. Quanto ao processo metodológico optou-se pela pesquisa quali/quantitativa. Ao longo do estudo foram apresentadas as possibilidades de ampliar o acesso nos serviços de saúde, trazendo uma reflexão sobre o aumento da cobertura da Atenção Primária à Saúde através das equipes da Estratégia Saúde da Família, educação permanente e formação em serviço, além de propor uma mudança no processo de trabalho nas unidades de saúde. Neste contexto foi apresentada a experiência do Município de Praia Grande/SP quanto à busca da garantia do acesso à atenção à saúde através da organização da agenda. Com esse propósito, ressaltou-se a importância de trazer à tona a necessidade de um agendamento flexível pautado na necessidade do usuário do SUS no momento em que ele busca o serviço de saúde.

Palavras – Chaves: Estratégia Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Direito da Saúde, Acesso à Saúde.

ABSTRACT

This study aims to discuss the access to public health services and show the experience of the Praia Grande city in the State of São Paulo regarding the scheduling and organization process of the local health system. Study the Brazilian health system (SUS) is a major challenge, because over time acquired striking characteristics for accompanying political and historical moments of the country, until its construction to the present day. The aim of the research is to present the strategies used in the municipality of Praia Grande of expanding the access to health services from the perspective of guaranteeing the right to health with a reflective critical approach. This research is justified by legal-normative framework of LOS n. 8.080, in its chapter II of the principles and guidelines art. 7, paragraph II, when it reaffirms the principle of integrality of health care: “wholeness care, understood as a set of articulated and continuous process of preventive and curative actions and services, Individual and collective, required for each case at all levels of complexity of the SUS ”. (OHARA, SAITO, 2010). The general objective of this research is to present and synthetically analyze the meaning of actions to expand the access to health services in Praia Grande city. The chosen study methodology was qualitative / quantitative research. During the study, possibilities of expanding access to health services were presented, bringing a reflection on the increase of the coverage of the Primary Care level through the “Saúde da Família” Strategy teams, Permanent Education and worker training in service, in addition to proposing a change in the work process in health units. In this context, the experience of the Municipality of Praia Grande was presented, with regard to the quest to ensure access to health care through organizing the agenda. For this purpose, the importance of bringing to light the need for flexible scheduling based on the need of the SUS user in the moment he seeks the health service. based on the client's need at the time he seeks the health service was highlighted.

Keywords: Family Health Strategy, Health Unic System, Right to Health, Access to Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEO – Centro Especializado de Odontologia

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNS – Cartão Nacional de Saúde

CRATH – Centro de Referência em Atendimento a Tuberculose e Hanseníase

CTAP – Centro de Testagem, Aconselhamento e Prevenção

ESF – Estratégia Saúde da Família

FALS – Faculdade do Litoral Sul Paulista

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IST – Infecção Sexualmente Transmissíveis

LOS – Lei Orgânica de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAB variável – Piso de Atenção Básica Variável

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCNES – Sistema de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde

SINPAS – Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UHC – Universal Health Coverage

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USAFA – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela I: Distribuição da Cobertura de Equipes de Saúde da Família por População Estimada no Brasil de 2007 a 2018.-----47

Tabela II: Número de equipes cadastradas no Sistema de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, ao longo do tempo no município de Praia Grande/SP-----51

Tabela III: Cobertura de equipes de saúde da família do município de Praia Grande/SP ao longo do tempo-----54

Tabela IV – Distribuição por Unidades de Saúde quanto ao uso da capacidade instalada de atendimentos - Período de 01/01/2018 a 31/12/2018-----69

Tabela V – Distribuição por Unidades de Saúde quanto ao uso da capacidade instalada de atendimentos – Período de 01/01/2019 a 31/12/2019-----72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I: Distribuição por ano dos recursos do PMAQ – AB destinado ao município de Praia Grande/SP, pelo Fundo Nacional de Saúde-----58

Gráfico II: Distribuição por atendimentos nas Unidades de Saúde da Família do município de Praia Grande/SP ao longo do tempo 2014 – 2019-----59

LISTA DE FIGURAS

FIGURA I – Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo-----48

FIGURA II – Modelo de Agenda da Atenção Básica do Município de Praia Grande/SP – 2019-----71

SUMÁRIO

1 Introdução -----	19
2 Objetivos e Estratégia Metodológica-----	26
2.1 Objetivo Geral-----	26
2.2 Objetivos Específicos-----	26
3 Capítulo I – Saúde como direito: Acesso aos serviços de saúde-----	28
4 Capítulo II - A Estratégia Saúde da Família e a busca da garantia do acesso aos serviços de saúde-----	41
5 Capítulo III – Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde no Município de Praia Grande/SP-----	48
6 Capítulo IV – Relato de experiência: a organização do agendamento para ampliação do acesso-----	63
7 Considerações Finais-----	75
Referências-----	80

1 Introdução

Estudar o sistema de saúde brasileiro é um grande desafio, dado que ao longo do tempo adquiriu características marcantes que acompanharam a política e a economia do País em cada momento histórico, até a construção, ainda em curso, do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus principais marcos têm origem a partir de 1923, quando foi criada a Lei Eloy Chaves trazendo para o cenário nacional as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), acompanhando o processo de industrialização e acelerada urbanização que acontecia no país. A referida lei confere o estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença e uma futura aposentadoria; com o surgimento dessas “caixas”, levantou-se a necessidade de discutir a importância de atender a demanda dos trabalhadores em suas necessidades de saúde (REIS, ARAÚJO e CECÍLIO, 2010).

Nove anos após a Lei Eloy Chaves, em 1932, acontece mais um marco histórico importante na construção do sistema de saúde brasileiro: a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), criado no governo de Getúlio Vargas. Estes institutos refletem as lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros, onde boa parte destes recursos foram utilizados para o processo de industrialização e desenvolvimento do país, ressaltando ainda o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado, com os recursos disponíveis pelos IAPs. Vale registrar também outro marco importante, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1965, que resultou da unificação dos IAPs, superando as resistências a tal unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. O INPS consolida o componente assistencial, fortalecido no modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte influência na cultura do aparato assistencial do brasileiro, que seria um grande desafio no futuro SUS (REIS, ARAÚJO e CECÍLIO, 2010).

No desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, ressaltam-se ainda o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS), criados em 1977; este passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica da época com assistência centrada em serviços médicos hospitalares e especializados do setor privado. O INAMPS, sobreviveu até a criação do SUS, previsto na Constituição de 1.988 e criado com a LOS de 1990.

Em 1982, foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que fortalecia a atenção primária no interior do sistema público de saúde, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Em 1986, tivemos a VIII Conferência Nacional de Saúde, e em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinha como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Elas visavam fortalecer a construção do sistema de saúde brasileiro, que teve origem em 1990, a partir da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, e que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) (REIS, ARAÚJO e CECÍLIO, 2010).

Esses momentos que marcaram a história da organização e gestão do sistema de saúde brasileiro coadunam com a evolução da política de saúde que se deu em estreita relação com o avanço da política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo a ótica do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo internacional. Note-se que a saúde pública antes de 1986 não era uma prioridade da política do Estado brasileiro, do qual apenas recebia atenção nos momentos de epidemias ou endemias que impactavam a área econômica ou social e ameaçavam o modelo capitalista. A assistência à saúde desenvolveu-se a partir da evolução da previdência social com a arrecadação de recursos financeiros dos trabalhadores, situação que despertou o interesse político devido ao grande volume de recursos envolvidos (AGUIAR, 2011).

A medicina previdenciária foca sua ênfase na medicina curativa e lucrativa a partir da contratação de serviços privados, seguindo o modelo norte americano de assistência à saúde; o sistema de saúde estatal consolidou a dicotomia entre ações preventivas e de caráter coletivo e as ações curativas de caráter individual, sendo a primeira de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e a segunda assumida pela previdência social e pela medicina liberal (AGUIAR, 2011).

A partir de movimentos sociais, representados e fortalecidos na VIII Conferência Nacional de Saúde, surge o Sistema Único de Saúde (SUS) que é o sistema de saúde público do Brasil, conquista da sociedade, previsto na Constituição de 1988 que estabeleceu esse sistema como um arcabouço jurídico e administrativo para as três esferas de governo.

A institucionalização do SUS ocorreu a partir da aprovação da Constituição Federal em 1988, após ter sido maciçamente debatida na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, e responde a uma demanda social da sociedade, que pressionava por mudanças efetivas no setor para satisfação de suas necessidades de saúde. Essas mudanças ocorreram gradativamente, passando pela nova concepção de saúde que foi expressa na Constituição Federal, como o completo bem estar, físico, mental e psicossocial, onde todos os cidadãos a ele tem direito, sendo assegurado pelo Estado por meio de recursos públicos. Esse Sistema Único de Saúde é considerado único, porque os princípios e diretrizes que regem a organização dos serviços e ações de saúde devem ser os mesmos nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), que também terão comando único em cada nível de gestão, garantindo o processo de descentralização de organização e gestão, passando a dar maior autonomia aos municípios (AGUIAR, 2011).

Para fortalecer e ampliar a adesão dos municípios ao SUS, foram criadas e instituídas várias Leis, Portarias, Normas Operacionais e Pactos pela Saúde. As principais legislações do SUS são as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080/90 e 8.142/90.

A Lei 8.080/90, dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No artigo 1º da presente lei, regula

em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.(Brasil, 1990).

Quanto à lei 8.142, esta também de 1990, ela dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde. Esta lei reforça a importância da mobilização e do envolvimento social em todas as esferas de gestão do SUS, o que permeou toda a sua construção.

O Ministério da Saúde, a partir da consolidação do SUS, vem desde então adotando medidas para fortalecê-lo, respeitando seus princípios e suas diretrizes. Seus princípios doutrinários baseiam-se pela universalidade, a equidade e a integralidade; e seus princípios organizativos pela regionalização e a hierarquização do SUS, participação social e a descentralização de atribuições e de recursos, ampliando a oferta e o acesso aos serviços e ações, com impacto nos distintos níveis de saúde. Essa diretriz constitucional, com comando único em cada esfera de governo, foi implementada em menos de uma década nas 27 unidades da federação e quase 5.600 municípios, garantindo a participação da comunidade através de conferências e conselhos, bem como criando instâncias de pactuação, a exemplo das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite. Esse processo de construção do SUS tem gerado entusiasmo e compromisso de trabalhadores da saúde vinculados às Secretarias estaduais e municipais de saúde e ao Ministério da Saúde, apesar das limitações impostas pela gestão do trabalho nas três esferas de governo que geram insatisfações nos serviços públicos (PAIM, 2018).

Buscando ampliar, melhorar e reorganizar o acesso da população à atenção à saúde, o Ministério da Saúde, em 1991, cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na Região Nordeste, mais precisamente no Estado do Ceará. Este programa tinha como objetivo principal conhecer a realidade das famílias a partir da matriz da sua territorialização e do mapeamento da área de abrangência da unidade de atendimento coletando dados que subsidiassem o planejamento local das ações em saúde. Diante dos seus

resultados positivos para ampliação da cobertura e do acesso dos cidadãos aos serviços de atenção à saúde, deu tão certo que em janeiro de 1994 foi criado o Programa Saúde Família, e as primeiras equipes de Saúde da Família (Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde) foram formadas baseadas nos modelos canadense e cubano, que têm como protagonista das ações de saúde o Agente Comunitário da Saúde, que conhece todo o território de abrangência e a população adstrita. Este programa ganha impulso a partir de então e conquista prioridade dentro das políticas de saúde, e constitui-se como a principal porta de entrada do cidadão para o SUS.

Em 2006, esse Programa passou a ser conhecido e chamado de Estratégia Saúde da Família; neste momento foi lançada a primeira Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a partir da Portaria 648/2006. Esta portaria dispunha e aprovava a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas da organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A PNAB de 2006 foi revogada pela Portaria 2.486 de 21 de outubro de 2011, que aprovara a nova Política Nacional de Atenção Básica da época, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta portaria ministerial ficou em vigor até setembro de 2017, quando por sua vez foi revogada pelo Sr. Ricardo Barros, Ministro da Saúde, gestão de 12 de maio de 2016 até 2 de abril de 2018, lançando a Nova Política Nacional da Atenção Básica sob a Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. A referida portaria 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). É esta portaria atual que constitui objeto de estudo desta dissertação de mestrado. Vale ressaltar as políticas governamentais na construção do SUS, onde fica evidenciada a necessidade da busca de uma política estatal para o fortalecimento da Atenção Básica no Brasil, validando essa política através de novas leis.

O problema de pesquisa desta dissertação visa apresentar as estratégias utilizadas no Município de Praia Grande/SP para ampliação do acesso aos serviços de saúde e o direito à saúde com uma abordagem crítica reflexiva sobre

o perfil das mudanças na Atenção Primária à Saúde e na Estratégia Saúde da Família, a partir das Políticas Nacionais de Atenção Básica instituídas ao longo do tempo, com especial atenção à Portaria 2.436/2017.

A hipótese inicial é que as mudanças ocorridas nas políticas da atenção básica promoveram mudanças nos processos de trabalho no município de Praia Grande/SP, uma cidade do litoral sul paulista, o que possibilitou ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, garantindo maior acesso da população aos serviços de saúde, com o fortalecimento da porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, com o aumento efetivo do número de equipes de saúde da família. Respeitando as mudanças contidas nas Portarias Ministeriais e acompanhando a atualização das Políticas Nacionais da Atenção Básica no Brasil ao longo do tempo, mais precisamente no período entre 2006 a 2017, busca-se rastrear como estas alterações repercutiram diretamente nas ações da gestão do município, na atuação dos profissionais de saúde e na orientação das ações por parte da própria população usuária do SUS, redefinindo modelos assistenciais. Modelos assistenciais estes que muitas vezes divergem do financiamento do SUS e das ações de gestão e dos profissionais de saúde, dificultando o processo de trabalho e a atenção à saúde do usuário.

Justifica-se essa pesquisa pelo arcabouço jurídico-normativo da LOS n. 8.080, em seu capítulo II dos princípios e diretrizes art. 7, parágrafo II, quando afirma que: “a integralidade de assistência, entendida como 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 SUS”. (OHARA, SAITO, 2010).

Considerando que a Estratégia Saúde da Família é porta de entrada do SUS, e objeto de estudo desta dissertação, torna-se relevante fomentar junto à academia o estudo de políticas públicas voltadas ao aperfeiçoamento das práticas compreendidas no SUS da perspectiva da garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro e as políticas públicas eficazes que fortaleçam o trabalho das equipes de saúde. Uma possibilidade promissora de se pensar políticas públicas de saúde consiste, então, fazê-lo a partir da principal Portaria Ministerial que norteia atualmente a organização da Atenção Básica de Saúde no Brasil.

Segundo Oliveira, 2013, os princípios que organizam a nova Política de Saúde do Brasil são universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Tudo isso já presente na Lei 8.080 de 1990; ao longo dos seus 28 anos de existência, no entanto, podem-se identificar acompanhando os enormes avanços e conquistas no setor, processos falhos no respeito aos referidos princípios.

Um dos maiores desafios do SUS é aplicar integralmente as legislações estruturais dentro do referido sistema, onde grandes esforços dos gestores em nível federal apontam e dão diretrizes para o caminho uniforme do SUS, mas que na prática diária percebe-se o distanciamento das Políticas Públicas de Saúde, muitas vezes por falta de conhecimento dos gestores, profissionais da saúde e dos próprios usuários do sistema.

A relevância e a importância de estudar sistematicamente o impacto que essas Políticas da Atenção Básica, através de suas respectivas regulamentações, trazem ao nosso sistema público de saúde para ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e os potenciais que trazem consigo de melhoria da qualidade na assistência justifica a escolha do objeto de estudo aqui desenvolvido.

2 Objetivos e Estratégia Metodológica

2.1 Objetivo Geral

Apresentar e analisar de forma sintética o significado das ações de ampliação do acesso aos serviços de saúde no município de Praia Grande/SP.

2.2 Objetivos Específicos

- Estudar as mudanças ao longo do tempo das equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Praia Grande/SP;
- Apresentar o aumento do número de atendimentos ao longo do tempo realizados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Praia Grande/SP;
- Refletir sobre o significado do impacto dessas mudanças sobre a consolidação do direito à saúde.

Dentre os vários caminhos para a apreensão do objeto em estudo, optou-se pela pesquisa quali/quantitativa, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2004).

Para atender aos objetivos desse estudo foi escolhida a pesquisa bibliográfica e documental – considerada adequada para visualizar o problema, retirando-o da generalidade ao especificá-lo. Estas técnicas complementadas a outras fontes de informações obtidas a partir de bases de dados secundários de cunho oficial possibilitam ampliar as possibilidades para revelar melhor o objeto em investigação.

Nessa direção, esta pesquisa utilizou a base de dados secundários da Secretaria Municipal de Saúde de Praia Grande/SP e do Ministério da Saúde, no âmbito da Política Nacional da Atenção Básica à Saúde.

Os dados coletados para a referida pesquisa foram processados e analisados com a finalidade de identificar os desafios mais frequentes na ampliação do acesso aos serviços de saúde, e quais as medidas adotadas pela Secretaria de Saúde do Município de Praia Grande/SP, visando à melhoria do acesso da população à rede básica de saúde, no período de 2014 a 2019. O ano de 2014 como início do período tem fundamento pois foi a partir de então que o Sistema Municipal de Informação foi implementado em todas as Unidades de Saúde do Município de Praia Grande/SP, possibilitando coleta de informações muito mais precisas e adequadas; vale ressaltar ainda que o município atendeu as orientações ministeriais postas a partir da Portaria n. 1.412 de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

3 Capítulo I – Saúde como direito: Acesso aos serviços de saúde

Parte-se do conceito que as políticas públicas são definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulamentam as ações governamentais relacionadas ao interesse público, também sendo definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de serviços executadas pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes.

Quanto às políticas públicas em saúde pode-se afirmar que estas integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Em relação às políticas públicas de saúde, essas, por sua vez, consistem em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESE, 2004).

Considerando-se o que afirma Borges, 2010, pode-se referir à agenda governamental como: um conjunto de temas, assuntos e problemas que chamam a atenção do governo e da sociedade; e a prioridade política como nada mais sendo do que a compreensão de um interesse do governo na resolução do problema, e a sua institucionalidade a construção da viabilidade de uma política entre diferentes atores participantes, considerando o protagonismo dos sujeitos e seu reconhecimento. A construção da política da Atenção Primária à Saúde só se dá a partir dos anos de 1990, ressaltando-se que nem sempre no discurso político a atenção básica foi priorizada e que o movimento sanitário centrou-se em questões mais gerais das políticas e do direito à saúde; dessa forma o Ministério da Saúde inicialmente esvaziou propositadamente essa pauta e concentrou esforços no financiamento e na descentralização do sistema de saúde.

Na nossa história, as políticas estatais protetivas estão associadas à estruturação do sistema previdenciário na década de 20, incorporando a assistência médica, gerando assim um sistema desigual na assistência prestada à população brasileira, pautado na relação entre renda, valor de contribuição e

acesso à disponibilidade geográfica dos serviços auferidos. Este modelo reafirma as desigualdades históricas existentes entre distintos grupos sociais. Os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho estariam possibilitados ao acesso ao sistema previdenciário de saúde, sustentado pela contribuição individual e compulsória de percentual do seu salário mensal. Criando-se assim uma relação de poder, aferida pelo Estado, sob as leis que regulam a relação entre capital e trabalho. A população que não dispunha de uma renda ou contribuição previdenciária, além de largada à própria sorte, contava com poucos serviços públicos ambulatoriais e hospitalares vinculados aos estados e municípios, com instituições filantrópicas e caritativas. (SOUZA e HORTA, 2013)

A fragmentação da população entre trabalhadores formais e informais, ricos e pobres, beneficiários e não beneficiários da previdência social, em um contexto de profunda desigualdade social, contribuiu para acender e fortalecer o debate sobre qual deveria ser o papel do Estado na área da assistência à saúde da população brasileira. Quando em meados dos anos 1970 eclodiu um movimento social, mais tarde conhecido como Movimento Sanitário, demonstrando que a questão da saúde está acima dos limites da assistência médica e próximo ao conceito ampliado da saúde, ele vem a ser uma resposta dos intelectuais da época, profissionais de saúde e universitários e grupos da sociedade civil organizada, passando a lutar por um Sistema Único de Saúde, que fosse universal e equânime. (SOUZA e HORTA, 2013)

A efetivação das políticas de saúde no Brasil e a construção do SUS estão intimamente relacionadas com as mudanças sociais e econômicas ocorridas no século XX. Historicamente o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, tendo a revolta da vacina no Rio de Janeiro como marco deste modelo voltado totalmente para o enfrentamento das epidemias urbanas e o combate às endemias rurais - à instituição do modelo médico assistencial privatista, sustentado prioritariamente no modelo da assistência hospitalocêntrica, altamente especializada e curativista. Até que a saúde passa a ser considerada fundamental para a transformação social e política, no sentido de permitir a superação da pobreza e da desigualdade social

enquanto parte do desenvolvimento do país, culminando com o advento do SUS como política pública. (SOUZA e HORTA, 2013)

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de representantes de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde, significou um marco nas mudanças da saúde e ampliou o conceito de saúde, que vai muito além da ausência de doença, e é consagrada como parte da cidadania, garantida a todos os brasileiros. (WINTERS, 2016)

A implantação do SUS, a partir do final da década de 80, no momento de redemocratização do País, fez com que constituísse a saúde como direito de todos e dever do Estado. Considerando as diretrizes do SUS, elas possibilitam, em tese, que todas as pessoas, no território nacional, tenham acesso aos recursos e distintos serviços de prestação de assistência, quando deles precisarem e de acordo com suas necessidades de saúde. Descrito na Constituição Federal de 1988, o SUS incorporou a síntese dos avanços políticos no âmbito da saúde construídos na rede de novas relações estabelecidas entre movimentos sociais e o Estado, configuradas em uma dimensão pública e coletiva. (SOUZA e HORTA, 2013).

Considerando a construção desse novo modelo de saúde, e a Constituição de 1988, o Brasil amplia os direitos em saúde para todos os cidadãos, consolidando, no artigo 196 da Constituição Federal, o princípio de que "saúde é direito de todos e dever do Estado", pautado diretamente nos princípios da universalidade, integralidade e equidade da assistência, direito à informação, divulgação de informações, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, participação da comunidade. Apesar da plenitude do direito à saúde e das dificuldades para fortalecer e respeitar os princípios doutrinários, o processo de implementação do Sistema Único de Saúde - SUS tem mostrado melhora significativa na ampliação do acesso da população aos serviços e, além do mais, contribuído para incorporar o direito à saúde no âmbito das políticas públicas (WINTERS, 2016).

No livro “ A saúde como direito e como serviço”, 2015, organizado por Amélia Cohn (org.) et. al., na página 16 aponta que:

Constituir, portanto, a saúde “um direito de todos e dever do Estado” implica enfrentar questões tais como a de a população buscar a utilização dos serviços públicos de saúde tendo por referência a proximidade, enquanto para os serviços privados a referência principal consiste em “ter direito”.

Partindo deste ponto, a ampliação do acesso aos serviços de saúde passa pelo enfrentamento das dificuldades dos sistemas de saúde que por sua vez necessitam do fortalecimento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS), com a busca pelo seu reconhecimento e valorização como porta de entrada dos serviços de saúde, uma vez que estratégia para viabilizar o ordenamento e romper com a fragmentação existente na assistência à saúde. A APS tem como finalidade principal responsabilizar-se pelo primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde; esta função é conhecida como reguladora do acesso e coordenadora do cuidado do indivíduo em toda a rede de atenção à saúde (MELO, 2018).

A opção do Brasil por um sistema de saúde público universal constituiu uma enorme conquista, sobretudo diante de sua extensão territorial, que ocupa 47% da América do Sul, e o fato de ser o quinto país mais populoso do mundo com diferentes condições econômicas, demográficas, sociais, culturais e de saúde e amplas desigualdades internas. Diante desse desafio, e para que o direito social à saúde previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988 fosse garantido, a sociedade, liderada pelo movimento sanitário, fez com que o Brasil optasse pelo modelo de organização do sistema de saúde, através da Atenção Básica que é oficialmente a porta de entrada do sistema de saúde brasileira. Essa atenção está presente nos 5.567 municípios brasileiros e tem como fundamento assegurar os princípios do SUS, que são: saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento; e participação social; e que deveriam possibilitar a promoção, proteção e recuperação à saúde. (CARDOSO, 2013)

Em relação aos princípios doutrinários do sistema único de saúde, destaca-se o princípio da *universalidade*, que decorre do Art. 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988), que institui a saúde como direito fundamental de todo ser humano, cabendo ao Estado o dever de promover o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência a todos os cidadãos brasileiros. Passa

então a saúde a ser interpretada como um bem a ser garantido aos cidadãos e não um serviço a ser prestado.

A *integralidade* é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde mais difícil de ser atingido, pois é conhecido como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde brasileiro. Para que esse princípio seja respeitado é necessário que haja uma integração permanente e multidirecional entre ações preventivas, promoção da saúde e a recuperação no cuidado prestado a cada cidadão que utiliza o SUS, além de ações intersetoriais para o alcance de melhores níveis de saúde individual e coletiva. (AGUIAR,2011)

Pode-se dividir o princípio de *integralidade* em duas dimensões: a dimensão horizontal, que se refere à ação de saúde em todos os campos, que exige organização de todos os níveis de atenção à saúde, fortalecendo o sistema de referência e contra referência entre os serviços de saúde e suas complexidades. Já a dimensão vertical está apoiada na percepção do indivíduo como sendo um ser único e indivisível, explorando assim o campo biológico. (AGUIAR,2011)

O princípio de *equidade*, assegurada perante a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90, implica que a disponibilidade de serviços de saúde considere as diferenças entre os grupos populacionais e indivíduos, de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função de situação de risco e das condições de saúde. A política assistencial proposta pelo SUS, de modo a garantir acesso universal e equitativo, representa uma das estratégias redistributivas de uma política de proteção social. (AGUIAR,2011)

A Atenção Primária à Saúde constitui um dos seguimentos estruturantes do SUS, sendo considerada especial por assumir uma das prioridades do Ministério da Saúde e do Estado nacional. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento dos cidadãos, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de

modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social. (BRASIL, 2013)

A discussão do acesso no Sistema Único de Saúde do Brasil tem sido um grande desafio, como por exemplo a própria expansão de cobertura da Atenção Primária à Saúde tendo como referência a Estratégia Saúde da Família. A cobertura da Atenção Primária à Saúde no Brasil ainda é um desafio a ser estudado. A mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), promovida pelo IBGE em 2010 - que é uma pesquisa integrante do Sistema de Pesquisa Domiciliar do IBGE em sub-amostra da amostra mestra da pesquisa por amostra de domicílios (PNAD) contínua, baseada em número mais amplo de setores censitários, melhor distribuídos ao longo do país, o que gera maior precisão das estimativas - mostrou que 72% da população não conta com a cobertura de planos de saúde privados, e que apenas 56% desta população está cadastrada em uma Equipe de Saúde da Família, e que 60% dos entrevistados foram atendidos em algum serviço ambulatorial do SUS no ano de 2010. Os dados do Ministério da Saúde são convergentes: estimando uma média de 3 mil usuários por Equipe de Saúde da Família, as 42.855 equipes implantadas até 05 de abril de 2018 estariam cobrindo 62,4% da população brasileira, embora não se saiba qual a proporção da população atendida pela Atenção Primária à Saúde e a atendida na Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família foi criada em 1994, tendo como objetivo principal aproximar-se das famílias e do território, envolvendo-se o sistema público de saúde com as questões sociais locais, na busca de intervir no processo saúde e doença das pessoas. A equipe de saúde da família, que pertence à Estratégia Saúde da Família, é composta por um médico, um enfermeiro, de um a dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde com o número adequado para cobrir todo o território de abrangência (CORDOBA, 2013).

Neste momento, vale apenas distinguirmos a Atenção Primária à Saúde da Atenção Básica à Saúde. A concepção de Atenção Primária à Saúde, concebida em Alma-Ata, contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais

da saúde; e participação social – três componentes caros ao SUS. Essa concepção abrangente de Atenção Primária à Saúde foi cunhada pelo movimento da medicina social latino-americana como “atenção primária à saúde integral”. Já a utilização do conceito de “Atenção Básica à Saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada, ou seja, utilizado para fortalecer o nível de atenção à saúde que garante a prevenção, promoção e manutenção da saúde (GIOVANELLA, 2018).

Na busca da melhoria da qualidade do acesso na atenção básica, foi lançado em 2006 como parte do SUS o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ-AB). Este programa tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos no nível da atenção básica. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, garantindo repasses financeiros de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem as metas de melhoria no padrão de qualidade no atendimento. A partir dos dados levantados na pesquisa nas unidades básicas de saúde do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção de 2012, nas 38.812 unidades de saúde contratualizadas no Programa, em 5.543 municípios, identificou-se que em 77% dos estabelecimentos de saúde na Atenção Primária à Saúde havia pelo menos uma Equipe de Saúde da Família com ou sem equipe de saúde bucal (TESSER, NORMAN, VIDAL, 2019).

Ainda há no Brasil muitos municípios que dispõem de uma baixa cobertura populacional das equipes de Estratégia Saúde da Família, em especial a população dos grandes centros urbanos, como é o caso da Cidade de Santos/SP onde a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família em último levantamento no ano de 2015 não ultrapassou 33,87%, segundo dados do DATASUS, 2019. Este município é considerado uma Cidade Polo da Região Metropolitana da Baixada Santista, servindo de referência regional para 08

municípios, sendo eles: Praia Grande, São Vicente, Cubatão, Guarujá, Bertioga, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe.

A importância estratégica da Atenção Primária à Saúde justifica-se exatamente por ela se configurar como porta de entrada para o SUS, e portanto remeter diretamente à noção de acesso, pois ter cobertura de Saúde da Família não significa automaticamente ter um bom acesso a cuidados específicos da própria Atenção Primária à Saúde. Pesquisas realizadas em muitas cidades brasileiras apontam que, em relação aos itens avaliados da Atenção Primária a Saúde, o acesso como primeiro contato é o item pior avaliado, mesmo em municípios com boa cobertura de Saúde da Família. (HARZHEIM, HAUSER, PINTO, 2015)

Muitas Unidades Básicas de Saúde, conforme organização do seu processo de trabalho, de forma involuntária criam barreiras de acesso dos usuários, a exemplo do uso de fichas para marcação de consultas, como único formato de acesso, ou restrição da agenda dos profissionais para cuidados de grupos programáticos, a exemplo de turnos de atendimento apenas de Hipertensos/Diabéticos/Puericultura. Muitas vezes apenas uma parcela da população adstrita na área da Unidade de Saúde da Família utiliza os serviços de saúde disponíveis naquela unidade de saúde. (BRASIL, 2013). Sendo assim, os estabelecimentos de saúde não respeitam os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, pois a definição de Universalidade presente na Política Nacional da Atenção Básica, Portaria 2.436 de 2017 é:

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades. (BRASIL, 2017)

Pensando a partir dessa definição, deve-se reconhecer que é importante destacar, a despeito de a Atenção Primária à Saúde não ser capaz de oferecer

atenção integral, isoladamente, em todas as situações, que ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias e serviços, desde que disponha de capacidade de identificação e compreensão das variadas demandas, problemas e/ou necessidades de saúde dos cidadãos e intervenha nessas situações de forma resolutiva, para que a Atenção Primária à Saúde seja reconhecida e legitimada no cuidado integral à saúde das pessoas, não podendo se constituir apenas no âmbito restrito de ser responsável tão somente pela promoção e prevenção no nível coletivo, mesmo que essas ações sejam altamente necessárias. Tampouco ela pode se restringir a realizar consultas e procedimentos, por mais que estes sejam constituídos de forma obrigatórios e essenciais. Ressalta-se que a Atenção Primária à Saúde é sim a ordenadora da rede de atenção à saúde, garantindo o acesso a todos os níveis de atenção à saúde, fortalecendo o vínculo e a longitudinalidade do cuidado, na busca de um sistema de saúde integral (DUNCAN, SCHMIDT, GIULGLIANI, 2004).

As dicotomias e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorá-la. Além disso, a procura exacerbada por serviços de urgência e especializados, com todas as consequências daí advindas, apesar de ser explicada pelo imaginário social e pelas influências da cultura da população brasileira em busca do modelo de atenção centrado no curativismo e hospitalocêntricos, é também modulada pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da Atenção Primária à Saúde, ou seja, municípios com maior capacidade de oferta na atenção primária podem garantir um acesso a rede de atenção à saúde mais equilibrada e equânime.

Por ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde, também conhecida com Atenção Básica, tem que ser evidenciada como uma porta de entrada do SUS capaz de dar respostas efetivas aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para acesso a outros tipos de serviços. (BRASIL, 2013)

Starfield, 2002, reforça que a acessibilidade na Atenção Primária à Saúde passa pela localização geográfica do serviço, os horários e dias de funcionamento, bem como o processo de utilização dos serviços por parte da população; estes pontos apresentados são elementos essenciais e estruturais para que a Atenção Primária seja considerada realmente a porta de entrada do sistema de saúde. A Atenção Primária à Saúde para ser resolutive depende da ampliação do acesso às demandas dos usuários, incluindo horários flexíveis de funcionamento das unidades, com acolhimento e atendimento da demanda espontânea com ampliação da capacidade para resolver as demandas trazidas pelos usuários. A capacidade de resposta qualificada da atenção básica depende também da integração com a rede de atenção à saúde.

A integração da rede de serviços na perspectiva da Atenção Primária à Saúde envolve a existência de um serviço de procura constante, isto é, a constituição dos serviços de Atenção Primária à Saúde como porta de entrada inicial, a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas com mecanismos formalizados de referência/contra referência e a coordenação das ações pela equipe de Atenção Primária à Saúde, garantindo o cuidado continuado. Além disso, a Atenção Primária à Saúde envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, e potencializando o enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde-doença. (GIOVANELLA, et. al., 2009)

Implementar uma concepção abrangente ou integral de Atenção Primária à Saúde implica, portanto, a construção de sistemas de saúde orientados pela própria Atenção Primária à Saúde, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. A integração ao sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da Atenção Primária à Saúde como programa paralelo com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido somente a pobres. A atuação intersetorial é condição para que a Atenção Primária à Saúde não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base para toda a atenção, sendo este um grande desafio a ser enfrentado, sem esquecer de contemplar aspectos biológicos, psicológicos e sociais incidindo

sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-doença, promovendo a saúde. (GIOVANELLA, et. al., 2009)

A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas, sendo entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais específicos. Somente com a integração entre os serviços de saúde pode-se fortalecer a integralidade individual da atenção à saúde do usuário que procura o Sistema Único de Saúde, lembrando que esse processo integral se inicia a partir da melhoria do acesso aos serviços de saúde. (GIOVANELLA, et. al., 2009). A viabilização do acesso e a centralidade nos usuários adscritos não focadas em patologias e/ou parâmetros fisiopatológicos permite uma melhor compreensão do sofrimento das populações, principalmente as mais vulneráveis, e uma adequada resposta às necessidades em saúde das pessoas (STARFIELD, 2011).

A organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família deveria estar pautada e ter como meta prioritária a atenção a todos os brasileiros com garantia de ações preventivas e de promoção à saúde, preservando também a atenção aos enfermos, por meio de um acesso aos serviços de saúde de forma facilitada ao cuidado qualificado, longitudinal e ampliado, incorporando complementarmente medidas de promoção e prevenção considerando-se que estas são muito criteriosas. Portanto, o tema do acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família como direito de cidadania necessita melhor normatização e regulação no SUS, a exemplo de outros países, e requer mais discussões sobre as estruturas e os processos de trabalho necessários para a qualificação da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família como principal porta de entrada do sistema de saúde.

Segundo Starfield (2002), nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde alicerçados fortemente na atenção primária, a despeito das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS, em 1978, por ocasião da Conferência de Alma-Ata, expressou alguns valores que orientam a base conceitual dos cuidados primários de saúde afirmando que a saúde é um

direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde; que a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável; que esses cuidados primários fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico mundial da comunidade. Esses cuidados representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

Em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, por iniciativa da OMS, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Governo do Cazaquistão, realizou-se, em Astana, em outubro de 2018, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de renovar e reforçar o compromisso da Atenção Primária à Saúde para que haja uma amplitude no alcance da cobertura universal em saúde (universal health coverage – UHC (GIOVANELLA, 2019).

Durante a apresentação da Declaração de Astana, o modelo de saúde brasileiro foi citado e apresentado como sistema que fortalece a Atenção Primária à Saúde por intermédio da Estratégia Saúde da Família, sendo considerado e mencionado por diversas autoridades presentes no evento como um exemplo de sucesso no que tange à melhoria da qualidade do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde em todo o território nacional (GIOVANELLA, 2019).

De fato, nota-se historicamente um grande avanço na melhoria do acesso aos serviços de saúde no Brasil, podendo-se citar a expansão da Estratégia Saúde da Família no âmbito nacional, o que denota a preocupação em ofertar um serviço de saúde mais próximo das necessidades das famílias, modelo esse reconhecido no cenário mundial, necessitando de maior promoção no cenário nacional, onde por sua vez a visão positiva do sistema de saúde brasileiro por

parte da população acaba sendo ofuscada pelo desafio da organização da rede de atenção à saúde.

Para entender melhor a grandiosidade desse sistema de saúde brasileiro, pesquisa realizada por Carvalho em 2013 já apontava um sistema de saúde que apresenta um total de procedimentos das três esferas de governo onde chegou ao astronômico número de 3,9 bilhões, caracterizando um dos maiores sistemas de saúde do Mundo. Sendo de internações, 11 milhões, 3,3 milhões de cirurgias, 2 milhões de obstetrícia e 6 milhões de internações clínicas. Exames, 887 milhões, incluindo os bioquímicos e os de imagem. Ações de promoção e prevenção, 583 milhões. A conclusão que o autor aponta é a de que muito foi feito, mas ainda se tem para fazer. O mesmo autor apresentou treze pontos que podem melhorar a saúde dos brasileiros e fortalecer o sistema único de saúde; dentre os treze, destaco os três primeiros pontos que são: 1) Incrementar as ações de proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças. 2) Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde. 3) Humanização, acolhimento e qualidade. Esses três pontos apresentados entendo que são de fundamental importância para a melhoria dos serviços de saúde, onde nos próximos capítulos será apresentada uma experiência exitosa que trabalhou efetivamente esses pontos aqui apresentados.

4 Capítulo II - A Estratégia Saúde da Família e a busca da garantia do acesso aos serviços de saúde

A Estratégia Saúde da Família tal como se conhece hoje passou por um processo evolutivo de construção de mudança de olhar e de característica das políticas de saúde que passam a ser descentralizadas, universalizadas e hierarquizadas.

Em 1991 e 1994 foram definidos respectivamente como política nacional o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família; este último por sua vez, afirmava-se como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, passando a se responsabilizar assim por buscar contornar todos os gargalos do sistema, constituindo-se, portanto, em parte crítica de sua organização. (BORGES, 2010)

Ainda de acordo com Borges, 2010, a adoção do Programa de Saúde da Família foi eleita como uma prioridade política de governo, mas isso não significou a priorização de um debate em torno do modelo, como se previa em 1996; portanto o discurso de prioridade se apresentava com mais ênfase do que o estímulo à viabilidade e sustentabilidade da política. Dessa forma ela não promoveu autonomia e governabilidade para a formulação e implementação de políticas de atenção básica, embora o Ministério da Saúde continuasse pautado no reconhecimento do Programa de Saúde da Família como modelo prioritário. Evidencia-se então que o direcionamento político sobre o discurso da prioridade e suas fragilidades passam também pelo enfrentamento da mercantilização dos níveis de atenção mais complexos, as distorções regionais de sua disponibilidade, onde a grande rede de níveis mais complexos de atenção fica na região sudeste e sul, a rede de atenção básica ficando prioritariamente na região nordeste e norte, reforçando o discurso de medicina dos pobres. Acresce-se a isso que gestores locais também adotam o Programa de Saúde da Família para maior aporte financeiro federal. Acresce-se a isso o baixo grau de cultura cívica e participativa no Brasil, que dificulta o controle da sociedade sobre as políticas públicas, dificultando a necessidade de se construir uma tradição de escuta e diálogo entre os envolvidos, de fortalecimento do controle social e da manutenção de acordo firmados.

O significado da palavra acesso, segundo o dicionário online, refere-se como sendo um substantivo masculino com origem no latim *accessus* e que pode significar ingresso, caminho ou o ato de chegar ou de se aproximar. A Estratégia de Saúde da Família, como é conhecida hoje, surgiu a partir da indignação da sociedade pela falta de acesso da população ao sistema de saúde. Partindo desta premissa essa mobilização levou ao nascimento do Programa Saúde da Família com a formação da 1ª Equipe de Saúde da Família em 1994, trazendo consigo a perspectiva de mudança do modelo de saúde, deixando de ser centrado na cura e passando a atuar em grupos prioritários fortalecendo a Promoção da Saúde e a Prevenção de doenças. Essa também foi a mesma razão da existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, que tinha como característica principal o mapeamento da área de atuação das equipes de saúde, a territorialização, o cadastramento familiar, o vínculo dos agentes com a população, e a busca de maior integração com as pessoas e os profissionais de saúde. (BRASIL, 2010)

Antes de ser conhecida como Estratégia Saúde da Família foi Programa de Saúde da Família que teve início quando o Ministério da Saúde formula, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, prioritariamente nas regiões Norte e Nordeste do País, por meio da expansão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e vulneráveis. Após a experiência desenvolvida no Ceará com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o Ministério da Saúde incorpora em suas políticas e programas a importância dos agentes comunitários nos serviços básicos de saúde no âmbito municipal e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais focando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família. Posteriormente, o Programa de Saúde da Família foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do UNICEF (United Nations Children's Fund - Fundo das Nações Unidas para a Infância). A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do Programa de Agentes

Comunitários de Saúde e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não atuassem de forma isolada. Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais nas equipes de saúde. Vale reforçar, também, que esse movimento de estar próximo das famílias aconteceu em diversos países como no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, e que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro. (ROSA, LABATE, 2005)

O Programa de Saúde da Família, ainda que conhecido como programa por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. De acordo com Rosa e Labate, 2005, isso se deu:

“... pois não evidenciava uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados...”

Em 2011, através da Portaria 2.488, o Programa Saúde da Família passa a ser conhecido como Estratégia Saúde da Família. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) entende a Saúde da Família como uma estratégia de organização da atenção à saúde com vistas à expansão e à consolidação da atenção básica, criada segundo as diretrizes da atenção básica e do SUS. Configura uma política que busca criar um sistema que considera e inclui as especificidades de cada região onde é implantado, tendo como objetivo principal elevar a resolutividade dos atendimentos em saúde, melhorar a situação de saúde das pessoas, conferindo maior efetividade no tratamento, reabilitação e prevenção da saúde, o que propicia ótimo custo-efetividade.

Partindo para a reorganização do modelo tecnoassistencial do SUS, e tendo como base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social, enquanto política nacional enfrenta desafios de toda ordem para os diversos setores da saúde pública. (OHARA e SAITO, 2010 apud MASCARENHAS, 2004)

Com essa premissa, a atual Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, sendo esta objeto de diretriz ministerial para as ações na Atenção Básica do SUS, traz a estrutura da Estratégia Saúde da Família por meio de Equipes de Saúde da Família, que são compostas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliar(es)/técnico(os) de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal, como cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário. Elas atuam em áreas geográficas definidas e com populações adstritas, contendo até 4000 pessoas para cada equipe, sendo 3000 a média recomendada, podendo ainda este número ser menor de acordo com o risco e a vulnerabilidade social da população coberta, tudo isso para favorecer o acesso aos serviços de saúde. A Portaria é respaldada por outra, Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017, que estabelece as diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2017-b).

Ainda de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica nº 2.436/2017, em seu Capítulo I - Das responsabilidades, artigo sétimo no item V, aponta que o Estado deve assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, cabendo ainda respeitar as pactuações nas Comissões Intergestores. (BRASIL, 2017)

Essas Comissões são formadas por representantes das Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais da Saúde e Ministério da Saúde, podendo ser Comissão Intergestores Bipartite representados pelos Estados e Municípios, Intergestores Tripartite representados pelos Municípios, Estados e União, e tem por obrigações e responsabilidades discutir as ações do SUS, respeitando as decisões e deliberações dos Conselhos de Saúde de suas respectivas esferas de governo, sendo estes formados por representantes dos usuários, prestadores de serviços da saúde, profissionais da saúde e por gestores, na busca do fortalecimento da regionalização e integralidade da atenção à saúde. (BRASIL, 1990b)

O Ministério da Saúde, ciente da necessidade da melhoria da integralidade da atenção à saúde e na busca do acesso universal aos serviços

de saúde, lançou o Programa Mais Médicos, criado por meio da Medida Provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013 e regulamentada em outubro do mesmo ano pela Lei nº 12.871, após amplo debate público junto à sociedade e no Congresso Nacional. Este Programa foi implementado com o propósito de enfrentar um dos grandes problemas do SUS que é a atração e fixação de profissionais principalmente em áreas carentes e interioranas. Para Herval e Rodrigues 2017, *apud* Scheffer, essas áreas apresentam problemas como baixos indicadores sociais e de saúde, condições inadequadas de trabalho com cargas horárias excessivas e má remuneração, devido às características da região. Procurando enfrentar e minimizar o crônico problema da má distribuição de profissionais de saúde pelo território nacional, desde a segunda metade do século passado, o governo adota iniciativas de distribuição e fixação de médicos para regiões carentes, sendo uma das estratégias o Programa de Valorização Profissional conhecido como PROVAB, este programa teve como objetivo, estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família e levá-los para localidades com maior carência para este serviço. Com esse objetivo o Ministério da Saúde lançou, em conjunto com o Ministério da Educação, a portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, que instituiu o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB ao cotidiano brasileiro, sendo este programa um passo para o Programa Mais Médicos, instituído em 2011. (HERVAL e RODRIGUES, 2017)

Após a incorporação do Programa Mais Médicos pelo Programa de Valorização Profissional, o Ministério da Saúde buscou resolver a questão da distribuição de profissionais por meio da regulação da profissão médica. Ressalta-se que, ao unificar nacionalmente o valor da bolsa destinadas aos médicos intercambistas individuais e cooperados pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), os médicos intercambistas individuais são médicos contratados de forma direta mesmo tendo diplomas de outros países e os médicos cooperados são profissionais vindo de Cuba. Além de contribuir para o investimento na estrutura das unidades de saúde, o Programa Mais Médicos interveio em alguns problemas, dentre esses o acesso aos serviços de saúde, nas áreas mais remotas do país. (HERVAL e RODRIGUES, 2017)

No ano de 2013, o Brasil, possuía 359.691 médicos ativos, e apresentava uma proporção de 1,8 médico para cada mil habitantes, conforme dados primários obtidos junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e à estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A proporção de médico/mil habitantes constatadas no Brasil era menor do que em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante e mesmo em países que têm sistemas universais de saúde. Essas evidências indicavam um número insuficiente de médicos por habitante em comparação a outros países, sua má distribuição pelo território brasileiro, dificuldade de atração e fixação de profissionais em regiões de maior grau de vulnerabilidade social e uma percepção social de que essa carência era o principal problema do SUS.

Após a implantação do Programa Mais Médico, pode-se observar um crescimento considerável na cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, caracterizada pelo aumento do número de equipes.

As maiores coberturas da Estratégia Saúde da Família estão diretamente associadas a melhores condições de saúde da população, como a queda da mortalidade infantil, maior cobertura vacinal, redução da desnutrição e aumento nas consultas de pré-natal. Nota-se ainda evidências de que o aumento da cobertura da ESF contribui para a redução das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária, podendo citar ainda a queda da mortalidade cardiovascular. (NEVES, 2018)

Devido à importância do aumento da cobertura populacional e a implantação do Programa Mais Médicos em 2013, observa-se a tabela a seguir onde se apresentam os dados evolutivos do crescimento da cobertura populacional das equipes de saúde em uma projeção de mais de 10 anos no Brasil, considerando a estimativa populacional do IBGE utilizada pelo Ministério da Saúde, para o repasse financeiro *per capita* compondo o Piso da Atenção Básica Fixo. (DATASUS,2019)

Tabela I: Distribuição da Cobertura de Equipes de Saúde da Família por População Estimada no Brasil de 2007 a 2018.

ANO	População Estimada	N. de Equipes de Saúde	Cobertura %
2007	184.014.516	31.745	51,75
2008	189.612.814	34.101	53,95
2009	191.506.729	36.213	56,72
2010	190.732.649	38.313	60,26
2011	192.379.287	39.963	62,31
2012	193.976.530	41.776	64,60
2013	201.062.789	44.566	66,49
2014	202.799.518	48.892	72,32
2015	204.482.459	51.221	75,14
2016	206.114.067	52.165	75,92
2017	207.660.929	54.205	78,30
2018	208.494.900	55.965	80,52

Fonte: DATASUS, 2019

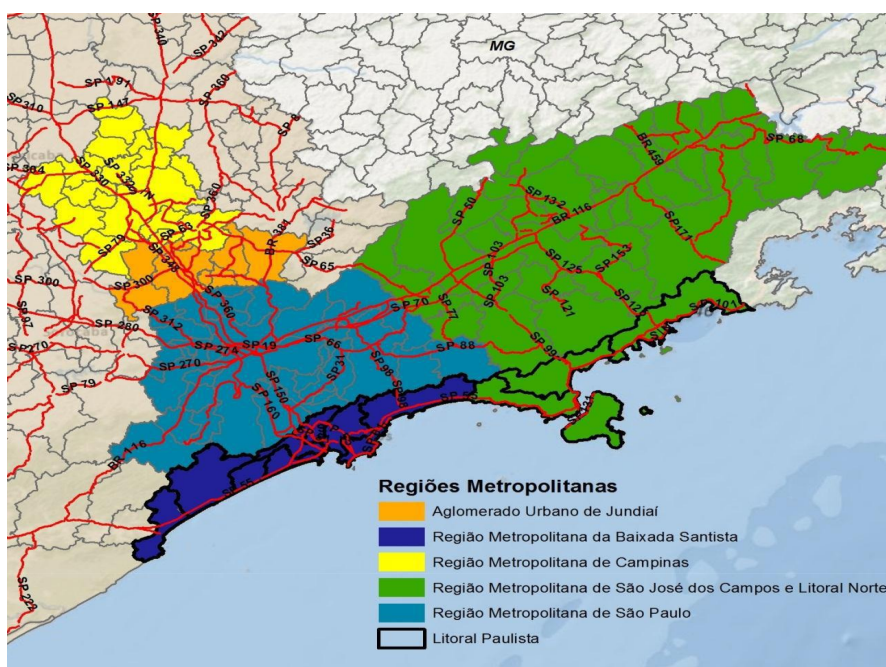
A tabela I apresenta um crescimento de 16% na cobertura da Atenção Básica através da composição das Equipes de Saúde da Família, levando em consideração a contribuição do Programa Mais Médicos para atingir esse número. A base de cálculo foi considerada a média de 3.000 pessoas cadastradas por equipe.

Acredita-se que a ampliação da rede da Atenção Básica contribui decisivamente para a melhoria da qualidade do acesso aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde e, consequentemente, promovendo maior equidade na oferta desses serviços e contribuindo direta e indiretamente para a melhora de alguns indicadores de saúde. O modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família tem apresentado melhores desfechos em saúde quando comparado aos modelos tradicionais; provavelmente por ser uma estratégia com o propósito de qualificar o processo de trabalho, aprofundar princípios e diretrizes da Atenção Básica e ampliar a resolutividade de suas ações, o que faz com que venha se mostrando muito eficiente para o sistema de saúde brasileiro. (NEVES, 2018)

5 Capítulo III – Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde no Município de Praia Grande/SP

O município de Praia Grande está situado no Litoral Sul de São Paulo e integra a Região Metropolitana da Baixada Santista. A Estância Balneária de Praia Grande possui uma área de 147km², sendo 22,5 km contínuos de Praia e 81 km de rios e costas marítimas, fazendo limite ao norte com o município de São Vicente/SP, ao sul com o Oceano Atlântico, à leste com o município de São Vicente/SP e a oeste com o Município de Mongaguá/SP, além de territórios de parques estaduais preservados, como os da Serra do Mar e Xixová-Japuí, e o Parque Municipal Piaçabuçu (PRAIA GRANDE, 2013).

FIGURA I – Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde.

Piaçabuçu, do tupi “porto grande”, foi o primeiro batismo de Praia Grande. Recentemente, a historiadora Wilma Therezinha Fernandes de Andrade, 2001, publicou que, em 1561, José de Anchieta, ao ir de São Vicente para Itanhaém, passou pela Praia da Conceição (hoje Praia Grande) e escreveu: “... por toda aquela praia estão fazendas de portugueses e sempre se acham nelas alguns

escravos...”. Praia da Conceição ou Piaçabuçú, o povoamento desta magnífica faixa territorial a beira-mar, começou logo após o desembarque de Martim Afonso de Sousa no Brasil, em 1532, data do início da colonização portuguesa.

No entanto, Praia Grande só se torna bastante popular nos anos 60/70, com os “balneários”, onde houve um foco no turismo local fortalecendo o crescimento do município. O dia 19 de janeiro de 1967 passou a ser a data oficial de emancipação político-administrativa de Praia Grande, com a posse do interventor federal Nicolau Paal (nomeado pelo presidente Costa e Silva), no Ociean Praia Clube, onde, provisoriamente, foi instalada a prefeitura do recém-criado município.

A criação da Região Metropolitana da Baixada Santista, formada por nove municípios, em 1994, aconteceu, felizmente, quando Praia Grande, que interliga esta bela região do litoral paulista, vivia um outro momento, principalmente porque disciplinou, com lei municipal (janeiro/1993), a entrada dos ônibus de turismo, realizou um inédito programa de despoluição das praias e de suas águas com dois modernos emissários submarinos e as estações elevatórias; e através de parcerias urbanizou sua orla marítima, as praças, ruas e avenidas, proporcionando, com uma infraestrutura urbana básica e moderna, perspectivas de um crescimento sustentável e melhoria na qualidade de vida dos seus moradores (PRAIA GRANDE, 2013).

O crescimento populacional do município foi realmente impressionante e até hoje é um dos municípios do Estado de São Paulo mais procurados para o turismo e para moradia devido sua proximidade com a Capital do estado e do custo de vida elevado de Santos/SP. Para se dimensionar esse crescimento, observe-se que em 1970 o município contava com 19.297 habitantes, crescendo para 65.374 em 1980, depois para 115.710 em 1990 (estimativa populacional/Fonte: TCU). Entre 1991 e 2000 a taxa geométrica de crescimento anual (TGCA) foi de 5,12%a.a., acompanhando a maior parte dos municípios do litoral paulista que durante o mesmo período também apresentaram um alto crescimento. Na década de 2000 a 2010 houve uma queda no ritmo do crescimento populacional que, no entanto, permaneceu alto atingindo 3,17%a.a. Nesse período Praia Grande saltou de 193.582 para 262.051 habitantes; atualmente Praia Grande conta com uma população estimada pelo IBGE

(Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 325.073 pessoas (PRAIA GRANDE, 2013).

Desde 1997, Praia Grande vem empreendendo esforços para reorganizar o Modelo da Assistência à Saúde prestada aos usuários do município. Atualmente a rede está estruturada da seguinte forma:

- Atenção Hospitalar: Complexo de Saúde Municipal Irmã Dulce;
- Atenção Rede Urgência e Emergência: 3 Bases SAMU; 1 Pronto Socorro; 1 UPA Porte III;
- Atenção Especializada: Centro de Especialidades Médicas e Assistência Social (CEMAS); Serviço de Atendimento Especializado (SAE); IST/AIDS/HEPATITES; Centro de Testagem, Aconselhamento e Prevenção (CTAP); Centro de Referência em Atendimento a Tuberculose e Hanseníase (CRATH); Centro Especializado em Reabilitação (CER); Centro Especializado de odontologia (CEO); 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPSII); 1 Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) e 1 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD).
- Atenção Básica: 28 Unidades de Saúde da Família (USAFA) e 9 Academias de Saúde.

Com o desenvolvimento do município, aconteceram também investimentos no seguimento da saúde. Em 2001 Praia Grande/SP adota a Estratégia Saúde Família, com a criação de 02 Equipes de Saúde da Família, dando início à ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde aos munícipes praiagrandenses.

A Unidade de Saúde da Família, USAFA – São Jorge foi a pioneira neste novo modelo de atenção à saúde com a integração de 02 profissionais médicos, 02 profissionais enfermeiros, 04 auxiliares de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde, que realizavam inserção das ações preventivas e de promoção à saúde no município, onde o modelo prevalecente até então era

centrado na doença nas medidas curativas. Contudo, ao se perceberem os benefícios que esse novo modelo de atenção trazia para o município logo foi ampliado o número de equipes já no ano seguinte, chegando a 05 Equipes de Saúde da Família.

Como a implantação desse novo modelo de atenção à saúde foi bem aceito pela população e pela gestão pública da época, em 2004 Praia Grande já contava com 27 equipes, tornando-se então o município com o maior número de equipes da região metropolitana da Baixada Santista e um dos municípios que mais investiram neste modelo no estado de São Paulo.

A partir de 2004, Praia Grande torna-se uma referência na Estratégia Saúde da Família com o avanço crescente do número de equipes e unidades de saúde da família, como se verifica na tabela II abaixo.

Tabela II: Número de equipes cadastradas no Sistema de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, ao longo do tempo no município de Praia Grande/SP.

Ano	N. de Equipes Novas Cadastradas no Ano
2001	2
2002	3
2003	16
2004	6
2005	5
2006	1
2007	2
2008	6
2009	0
2010	0
2011	0
2012	0
2013	0
2014	7
2015	0
2016	13
2017	2
2018	14
2019	15
Total:	92

Fonte: CNES, 2019

Observa-se um aumento gradual de Equipes de Saúde da Família ao longo do tempo no município de Praia Grande, evidenciando um grande número delas nos últimos anos, motivado pelo interesse político e principalmente pela organização da atenção primária à saúde; atualmente o município conta com 92 equipes da ESF, distribuídas em 28 unidades de saúde família. Essa configuração do aumento das equipes acompanhou a taxa de crescimento populacional médio anual vegetativo e migratório, que era uma tendência e um objetivo do gestor local, tendo a necessidade de garantir acesso às ações de saúde a 325.073 habitantes aproximadamente, segundo estimativa do IBGE Cidades 2019.

Vale ressaltar que foi utilizado como base para análise as equipes cadastradas no Sistema de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde – (SCNES) que é considerado base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, imprescindíveis para um gerenciamento eficaz e eficiente.

O SCNES proporciona ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, auxiliando no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo. Além de possibilitar maior controle social pela população, esse sistema visa ainda disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas Federal, Estadual e Municipal. O Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde compreende o cadastro dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos e Serviços Ambulatoriais e Hospitalares. E base estrutural juntamente com o Cartão Nacional de Saúde – CNS (CadSUS) - e outros sistemas de cunho estruturante, para todos os sistemas que dependam de dados relativos a Estabelecimentos, Profissionais e Usuários. O Módulo de Equipes da Estratégia de Saúde da Família, no sistema deverá ser da responsabilidade do Gestor Municipal (DATASUS, 2006).

A cobertura da atenção básica é uma maneira muito positiva para verificar a possibilidade de acesso da população aos serviços de saúde. Considerando essa lógica, foi realizado um estudo temporal de 2001 a 2019, utilizando a

estimativa populacional do município de Praia Grande/SP, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no seguimento cidades, comparando com o número de equipes cadastradas no Sistema de Cadastramento dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) ao longo do tempo. O ano base para início do estudo temporal foi 2001, ano este do cadastramento da primeira equipe de saúde da família no município.

O indicador utilizado para análise do estudo temporal da cobertura da ESF do município de Praia Grande/SP foi obtida a partir do seguinte cálculo:

$$\text{Número de equipes de estratégia saúde da família} \times 4.000$$

População estimada pelo censo demográfico

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Onde:

3.500 é o número máximo de pessoas acompanhadas por uma equipe de saúde da ESF, tratando-se, portanto, de um número de referência efetiva, conforme descrito na Portaria da Política Nacional da Atenção Básica 2.436 de 21 setembro de 2017, como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam nesse nível de atendimento, recomenda-se:

i) - População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (ESF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

Após os cálculos, obtivemos a tabela III, que traz uma evolução da cobertura da ESF ao longo do tempo, no município de Praia Grande/SP.

Tabela III: Cobertura de Equipes de Saúde da Família do município de Praia Grande/SP ao longo do tempo.

Ano	População (IBGE)	N. de Equipes cadastradas no ano (SCNES)	Cobertura de Estratégia Saúde da Família (%)
2001	200.196	2	3,50
2002	208.332	5	8,40
2003	215.174	21	34,16
2004	222.000	27	42,57
2005	237.494	32	47,16
2006	245.384	33	47,07
2007	253.215	35	48,38
2008	244.533	41	58,68
2009	249.547	41	57,50
2010	261.391	41	54,90
2011	267.046	41	53,74
2012	272.824	41	52,60
2013	278.727	41	51,48
2014	284.757	48	59,00
2015	290.918	48	57,75
2016	295.928	61	72,15
2017	309.679	63	71,20
2018	316.120	77	85,25
2019	325.073	92	99,05

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados do IBGE e SCNES

Os achados na Tabela III mostraram uma tendência crescente da cobertura das equipes de ESF no município de Praia Grande/SP; esse crescimento acompanhou o cenário nacional, onde segundo estudo elaborado por Neves, *et. al.*, 2018, mostrou um aumento considerável da cobertura de ESF no Brasil, passando de cerca de 84 milhões de pessoas em 2006 para aproximadamente 125 milhões em 2016, correspondendo a cerca de 45,3% e 64,0% da população respectivamente.

Ainda segundo Neves, *et. al.*, 2018, o aumento na cobertura da ESF no Brasil é resultado dos esforços liderados pelo Ministério da Saúde, dentro do respeito à autonomia local para cada município aderir espontaneamente à estratégia saúde da família, na expansão e consolidação, percebemos que o cenário nacional coaduna com o cenário do município de Praia Grande/SP, onde verifica-se que o município potencialmente cresceu sua cobertura a partir do interesse político local, evidenciado pelos anos de crescimento de equipe de saúde da família descritos na tabela III, onde observa-se claramente o crescimento das equipes da ESF nos anos de gestão de um determinado governante.

Podemos citar a gestão do Sr. Alberto Pereira Mourão, atual prefeito da cidade pelo quinto mandato, estando atualmente filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) desde 2003, sendo seus mandatos: 1º mandato de prefeito da Cidade de Praia Grande de 1993 a 1996, 2º mandato de 2001 a 2004, 3º mandato de 2005 a 2008, 4º mandato de 2013 a 2016 e o 5º mandato atual com início em 2017, nota-se que a gestão vem se consolidando ao longo do tempo, mesmo não sendo o prefeito ele fez seus sucessores nos anos de 1997 a 2000 foi governante da cidade o então vice-prefeito o Sr. Ricardo Yamauti com 85% dos votos válidos e nos anos de 2009 a 2012 foi eleito novamente o seu sucessor para o executivo municipal o Sr. Roberto Francisco dos Santos (CPDOC,FGV, 2020).

Se observamos a tabela III o crescimento das equipes de saúde da família comparando com as gestões de prefeitos, analisando os mandatos do Sr. Alberto Pereira Mourão notamos que no início do 2º mandato tivemos as primeiras equipes da ESF formadas, e no final do 2º mandato já contávamos com 41 equipes da ESF, após um período de 04 anos sem aumento no número de equipes, no quarto e quinto mandatos chegamos a 92 equipes, com projeção de chegar até 102 equipes no fim deste ano.

Embora notamos o interesse político local em ampliar o número de Equipes de Saúde da Família e a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família nota-se também que a outra parte seu deu pelas iniciativas do governo federal como aumento dos incentivos federais para a melhoria da rede de atenção primária à saúde no Brasil.

Pode-se citar como exemplo de incentivo para a ampliação da cobertura da ESF no Brasil o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ – AB). Este programa foi regulamentado pela portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011, que:

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB) e o incentivo financeiro do PMAQ – AB, denominado componente de qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

Este programa foi criado com o objetivo de incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, com o envolvimento e a participação de todos os atores envolvidos, cito, gestores, profissionais de saúde e usuários do serviço, durante todo o processo de transição do programa. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, a partir do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem a melhoria no padrão de qualidade no atendimento.

O repasse financeiro por equipe varia de R\$ 1.700,00 a R\$ 8.500,00, ano de 2019, sendo distribuído conforme descrito na portaria n. 1.654 de julho de 2011, a partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitando-se as categorias de desempenho descritas como insatisfatório, regular, bom e ótimo. Os Municípios e o Distrito Federal receberão, por equipe de saúde contratualizada, os percentuais do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável e contratualizarão novas metas e compromissos, conforme as seguintes regras:

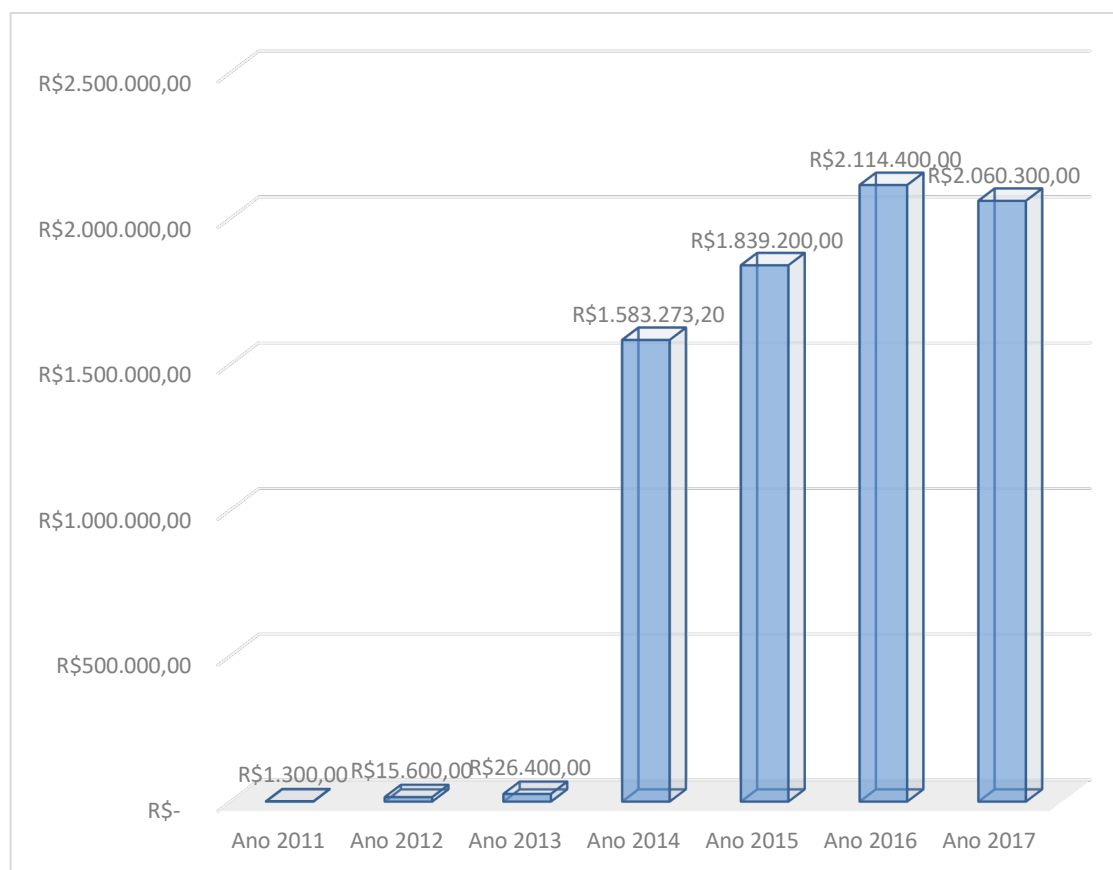
I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste; II - DESEMPENHO REGULAR: manutenção dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável e Recontratualização; III - DESEMPENHO BOM: ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável e Recontratualização; e IV -

DESEMPENHO ÓTIMO: ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável e Reconstrução. (BRASIL, 2011)

Neste momento é importante retomar como funciona o Piso da Atenção Básica Variável (PAB – Variável). A Portaria Ministerial n. 204 de 29 de janeiro de 2007 regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. No artigo 11 da referida portaria é definido o componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB – Variável) como sendo constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como, saúde da família, agentes comunitários de saúde, saúde bucal, fator de incentivo de atenção básica aos povos indígenas, incentivos para a atenção à saúde no sistema penitenciário, incentivo para atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

O recurso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), chega aos municípios através do bloco do Piso da Atenção Básica Variável (PAB – Variável), sendo este recurso financeiro transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde municipais e do Distrito Federal. No Gráfico I, é apresentado o histórico ano a ano de recursos financeiros repassados Fundo a Fundo referente ao PMAQ – AB ao município de Praia Grande/SP.

Gráfico I: Distribuição por ano dos recursos do PMAQ – AB destinado ao município de Praia Grande/SP, pelo Fundo Nacional de Saúde.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS, 2019.

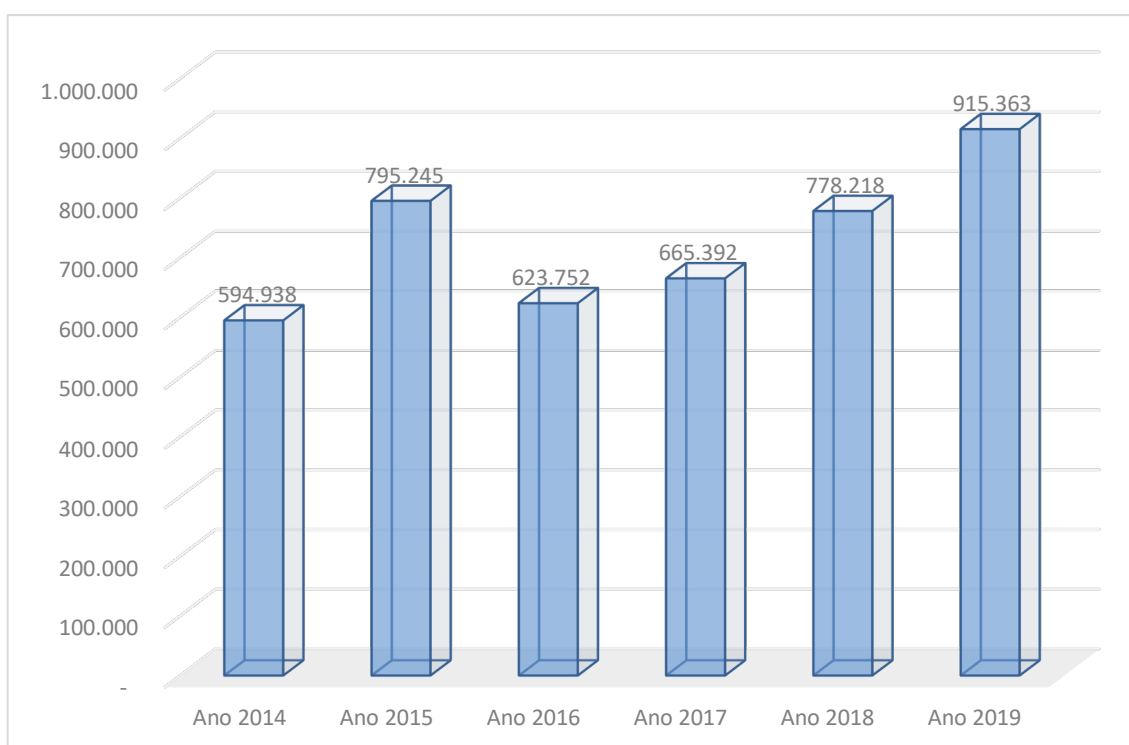
Nota-se uma evolução positiva histórica dos recursos financeiros oriundos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), destinado ao município de Praia Grande/SP, até o ano de 2017, onde este era apresentado separadamente no Fundo Municipal de Saúde, discriminado como Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – (PMAQ) (RAB-PMAQ-SM), passando a partir de 2018 a ser incorporado ao seguimento do bloco de investimento da Atenção Básica, somado a todo o montante de recurso destinado ao município através do Fundo Nacional de Saúde.

Este recurso permitiu ao município o investimento em compra de mobiliários e equipamentos de informatização, que contribuiu significativamente para a ambiência das Unidades de Saúde da Família e a sua modernização com a melhoria na qualidade da informação em saúde, pois possibilitou a informatização dos consultórios e consolidação do prontuário eletrônico do

paciente em todas as unidades da rede de atenção à saúde, desde a unidade de saúde da atenção básica até o hospital municipal.

Além do aumento no aporte dos recursos financeiros, o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família do município de Praia Grande/SP, permitiu o aumento na produção de atendimentos nas Unidades de Saúde da Família realizados pelas Equipes de Saúde da Família, como mostra o gráfico II.

Gráfico II: Distribuição por atendimentos nas Unidades de Saúde da Família do município de Praia Grande/SP - 2014 – 2019.



Fonte: Sistema Municipal – SAUDETECH, 2020.

O gráfico demonstra a partir das informações do banco de dados do sistema municipal SAUDETECH, o número de atendimentos nas 28 unidades de saúde do município, ao longo dos anos de 2014 a 2019; o ano de 2014 foi o ano em que tivemos acesso à informação devido à solidez e qualidade na coleta de dados do sistema municipal, ano este de início do novo sistema de informação.

Evidencia-se um aumento considerável no número de atendimentos nas unidades de saúde família do município de Praia Grande/SP, tendo um aumento de cerca de 65% de 2014 em relação aos atendimentos em 2019. Isso

demonstra quantitativamente a importância do investimento nas Equipes de Saúde da Família para a melhoria do acesso aos serviços de saúde a partir da atenção básica.

Além de investir na ampliação das equipes da Estratégia Saúde da Família, os gestores de saúde do município de Praia Grande/SP viram a necessidade de investir na qualificação e valorização profissional, onde em 2016 foi implantado o Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, com duração de 02 anos de formação *lato sensu* com inteira gestão da equipe de servidores do município, sem apoio pedagógico de nenhuma instituição de ensino, ou seja, gerido integralmente pelo próprio município.

A Residência Médica é um curso de Pós-graduação *lato sensu*, regulamentado pelo Decreto Federal nº 80.281, de 05/09/77, pela Lei Federal nº 6.932 de 07/07/81 e demais Resoluções emanadas da CNRM/SESu/MEC.

O Programa de Residência Médica é constituído em regime especial de treinamento em serviço de 60 horas semanais, perfazendo um total de 2.880 horas anuais, devendo ainda serem consideradas as modificações introduzidas no artigo 4º da Lei nº 6.392/1981, pela Medida Provisória nº 536 de 24 de junho de 2011, e o disposto na Resolução nº 4/2011, da CNRM/SESu/MEC.

Esta iniciativa teve um reflexo positivo na Rede de Atenção à Saúde local. Em 2017 foi implantado o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, com a oferta de vagas em Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia. Após 03 anos do início dos programas contamos atualmente com 79 profissionais de saúde regularmente inscritos nos Programas de Residências Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, assim distribuídos: 44 preceptores na Residência Multiprofissional e 35 na Residência Médica.

O Programa de Residência Multiprofissional do município é um curso de Pós-graduação *lato sensu*, regulamentado pelo art. 13 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, pela Portaria Interministerial 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, e pelas demais Resoluções emanadas pela Comissão

Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), caracterizados por Educação em Serviço.

O Programa de Residência Multiprofissional consiste num regime especial de treinamento em serviço de 60 horas semanais, perfazendo um total de 2.880 horas anuais, estruturadas em regime de dedicação exclusiva.

O papel dos profissionais residentes na atenção primária contribui para a qualificação e melhoria do acesso aos demais níveis de atenção, pois envolve responsabilização pela saúde da população do seu território por supervisão direta do Preceptor, sendo este uma profissional com maior vivência e reconhecimento da Rede de Atenção à Saúde, sendo um dos principais profissionais responsáveis pela formação do residente em Saúde da Família e Comunidade, tudo isso corrobora com as ações das autoridades administrativas e favorece o reconhecimento quanto à essencialidade das funções exercidas pelas equipes de atenção primária (ALMEIDA, FAUSTO & GIOVANELLA, 2010).

De acordo Almeida e Giovanella (2010), a capacitação dos profissionais foi considerada como eixo estratégico para aumento da resolutividade e para qualificação da APS. Uma melhor formação contribui para aumentar o status e a reputação dos profissionais da atenção primária à saúde, facilita a cooperação com especialistas e reforça a confiança da população, além de ser essencial para o desempenho das novas atribuições. No Brasil, a formação de recursos humanos é um grande desafio, somente em 2002 a medicina de família e comunidade foi reconhecida como especialidade médica.

As Residências Multiprofissionais em Saúde também são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem diversas profissões da área da saúde. Trata-se de uma cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação concebida para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no SUS, tendo como objetivo a educação voltada para a transformação da realidade.

A formação profissional de residência em saúde, enquanto um processo educacional, deve ser considerado algo mais que apenas um treinamento em serviço. Esse processo se baseia no desenvolvimento coordenado de diversas

formas de conhecimentos, habilidades e a aquisição de atributos técnicos para o desenvolvimento do perfil de competências para atuar na APS (BOTTI, 2009). Para que esse processo educacional atinja o objetivo, a aprendizagem deve ser muito mais que apenas a transmissão de conhecimento ou a repetição de determinadas habilidades.

Para Japiassu (1983), “o preceptor deve ser estimulado a desenvolver uma aprendizagem problematizadora, com contextualização por meio de metodologias ativas de ensino/aprendizagem” e para ele ter “uma qualificação pedagógica é fundamental para o processo formativo do preceptor”, ou seja, aprender, ensinar nesse novo século que se inicia prevê olhares amplos, comungados e divididos por várias profissões.

Atualmente Praia Grande/SP vem desenvolvendo estratégias para melhorias no seguimento de qualificação profissional tanto para o quadro de profissionais existentes quanto para o quadro de novos profissionais, na perspectiva de ampliar e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde. No próximo capítulo serão apresentadas essas estratégias e as ferramentas de trabalho utilizadas para organizar o processo de trabalho dentro das unidades de saúde da família.

6 Capítulo IV – Relato de experiência: a organização do agendamento para ampliação do acesso

Em 2007 o Ministério da Saúde lançou a Portaria Ministerial n. 1.996 de 20 de agosto, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.

Considerando a Política Nacional de Educação Permanente e a ampliação das equipes de ESF com o aumento do número das unidades de saúde da atenção básica no município de Praia Grande, concluiu-se pela necessidade de qualificar as equipes de saúde. Em 2014 foi instituído o Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Saúde Pública do município, sendo esta uma estratégia técnica para aproximação das equipes e para o envolvimento de todos na construção dos processos de trabalho dentro do serviço de saúde municipal.

Atualmente o Núcleo de Educação Permanente da Secretaria de Saúde Pública de Praia Grande está organizado com encontros semanais nos dias de terça-feira e quarta-feira, das 08h00min às 12h00min e das 13h00 às 17h00min, distribuindo os profissionais nos quatro períodos de acordo com a cor da equipe de atuação na Estratégia Saúde da Família. As Equipes de Saúde da Família são divididas e diferenciadas pelas cores: branca; vermelha; azul; amarela e verde.

As atividades de Educação Permanente são focadas na mudança da realidade da prática profissional dentro do ambiente de trabalho real nas Unidades de Saúde, com contribuição para formação em serviço. Pereira, et. al., 2018, em seu artigo intitulado “Educação Permanente em Saúde: Uma Prática Possível”, apontam que a educação permanente em saúde consiste numa importantíssima estratégia para ampliar os processos de mudança nas instituições onde o seu

conceito principal é o ensino baseado em problemas, que tem por base o olhar para realidade e como resolver os problemas de sua prática diária, trazendo aos participantes uma aprendizagem significativa, além de transformar a sua prática diária.

Levando em consideração a necessidade da mudança da prática, foi desenvolvida uma ação de educação permanente em saúde com a seguinte temática: “Organização de Processos de Trabalho: Acesso Avançado nas Unidades de Saúde da Família”. A primeira capacitação aconteceu nos dias 18, 19, 20, 21 e 22 de fevereiro de 2019 com a participação de 29 profissionais de saúde entre diretores de unidade de saúde, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. A segunda capacitação aconteceu nos dias 23 e 24 de abril de 2019, destinadas somente a agentes comunitários de saúde, com a participação de 60 profissionais. A terceira capacitação aconteceu nos dias 03, 04, 05, 06 e 07 de junho de 2019 e contou com a participação de 35 profissionais. A quarta capacitação, ainda sobre a mesma temática, aconteceu nos dias 17, 18 e 19 de junho de 2019 e estiveram presentes 76 participantes. As capacitações foram realizadas no espaço físico da Faculdade do Litoral Sul Paulista (FALS); foi escolhido esse local devido a melhores condições de acomodações do público participante.

A intencionalidade da capacitação era promover a discussão com os profissionais sobre a importância do acesso avançado na Unidades de Saúde da Família.

O *acesso avançado* é caracterizado como a ampliação do acesso aos serviços de saúde ofertados nas Unidades de Saúde da Família, através da organização dos processos de trabalhos das equipes de saúde da ESF, passando desde o reconhecimento do perfil da comunidade até a organização de agendamento. Segundo Rodrigues, *et. al.*, 2018, o papel da atenção primária é fornecer atenção para as pessoas no decorrer do tempo, resolver os problemas de saúde mais comuns e organizar os fluxos dentro do sistema.

O gerenciamento da agenda na Atenção Primária à Saúde dos profissionais de nível superior inseridos nas equipes de saúde da família da ESF é uma das principais ações de organização do processo de trabalho para garantir

a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde. Segundo o documento sobre as Diretrizes de Processo de Trabalho apresentado pelo Qualifica APS, oferecido pelo Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2016, a agenda precisa ser gerenciada e organizada de modo a proporcionar melhor aproveitamento do tempo dos profissionais de nível superior e garantir que quem necessita consiga consultar no mesmo turno/no mesmo dia, possibilitando utilizar toda a capacidade instalada das Equipes de Saúde da Família. Essa agenda necessita ser flexível, possibilitando encaixes de atendimentos com tempo variável, de acordo com a necessidade do usuário. É necessário que, todos os dias, existam horários disponíveis para atendimento no mesmo turno/dia, evitando sempre que possível o agendamento de consultas, a não ser que esta seja uma opção do usuário. Metade ou mais da oferta de consultas com o médico/enfermeiro deve estar disponível para atendimento às demandas espontâneas, garantindo que se possa atender as pessoas com menos tempo de espera possível (HARZHEIM, et. al., 2016).

O Ministério da Saúde, preocupado com a necessidade de discutir no cenário nacional a dinâmica do acesso aos serviços de saúde no SUS, publicou em 2013 o Caderno da Atenção Básica n. 28 em dois volumes, onde orienta e estabelece fluxos para o acolhimento e atendimento da demanda espontânea nas Unidades de Saúde.

O Caderno da Atenção Básica n. 28 traz orientações para atender as necessidades da população partindo de um olhar voltado para resolver a maior parte dos problemas e fortalecendo o ordenamento da rede de atenção à saúde. Para isso é necessário construir uma porta de entrada organizada sistematicamente para garantir aos usuários dos serviços de saúde do SUS a integralidade da assistência. Esta integralidade só é possível com a ampliação do acesso e consequentemente com a efetivação da equidade, que por sua vez só é possível quando se conhece ao máximo as necessidades das pessoas.

Pensando nisso Praia Grande/SP organizou seu processo trabalho nas Unidades de Saúde da Família a partir do atendimento a demanda espontânea, passando por uma organização da agenda dos profissionais de nível superior (BRASIL,2013).

Contudo, o gerenciamento da agenda na Estratégia Saúde da Família é de responsabilidade dos profissionais de saúde de nível superior e demais profissionais da equipe de ESF envolvidos na escuta inicial e na programação do agendamento de consultas.

Segundo as diretrizes apresentadas no programa Qualifica APS, Harzheim, *et. al.*, 2016, para um bom gerenciamento da agenda é necessário:

1. *Aumentar as possibilidades de resposta da equipe à demanda espontânea, ou seja, não centralizando o atendimento ou resolução das demandas espontâneas na consulta médica, situação que aumenta a sobrecarga do profissional e diminui a potencialidade na efetividade da equipe multiprofissional.*
2. *Evitar reservas de vagas por condições de saúde/programas, a agenda deve proporcionar que qualquer usuário seja atendido pelas equipes de saúde da família, independente de sexo, idade ou problema de saúde, nos horários mais convenientes para ele. As reservas de turnos específicos, comumente realizadas nas equipes, para cada condição desconsideram a disponibilidade do usuário e dificultam o acesso de outros perfis de usuários. As condições de saúde previstas nos programas (como hiperdia, puericultura e gestação) e outras que precisam ser acompanhadas pela equipe (como retornos de exames urgentes, casos de negligência e violência familiar, por exemplo), devem ter garantidas previsão do retorno através de um monitoramento frequente. Para isso podem ser utilizadas planilhas, que podem ser compartilhadas em tempo real entre a equipe, garantindo comunicação entre os profissionais para realizar busca ativa quando necessário.*
3. *Organizar a agenda dos profissionais de nível superior para ofertar consultas no mesmo dia, é necessário que, todos os dias, a equipe tenha disponível horários para atendimento no mesmo turno/dia, evitando sempre que possível o agendamento de consultas, a não ser que esta seja uma opção do usuário. Metade da oferta de consultas com o médico/ enfermeiro ou mais deve estar disponível para atendimento às demandas espontâneas, garantindo que possamos atender as pessoas com menos tempo de espera possível. A oferta das consultas precisa estar vinculada a uma escuta inicial que identifique os usuários que precisam ser priorizados, com maior risco biológico (como, por exemplo, gestante com sangramento, febre maior que 39°, pressão arterial elevada ou dor abdominal intensa) ou que apresentam grande vulnerabilidade psicossocial. O atendimento da demanda do usuário no menor tempo possível gera mais satisfação com o atendimento e diminui as chances de absenteísmo.*
4. *Aproveitar ao máximo a capacidade da agenda: Sempre que houver vacância (por absenteísmo ou pela inexistência de*

casos urgentes) é importante proporcionar o encaixe de outras demandas, evitando postergar o atendimento e “protegendo” a agenda, na medida em que evita um agendamento posterior desnecessário. É importante aproveitar ao máximo cada encontro com o usuário – quando uma pessoa com hipertensão consulta por uma infecção respiratória, por exemplo, a equipe aproveita e oferta o cuidado necessário para a revisão de sua pressão arterial, evitando o agendamento de uma consulta programada.

5. A equipe/o profissional que realiza a escuta inicial precisa ter livre acesso para agendamento: Assim, permite o encaixe a partir da urgência da demanda do usuário. A agenda precisa ser ocupada de forma a equilibrar as necessidades dos usuários (a partir da avaliação de risco/ vulnerabilidade) com a disponibilidade na agenda. Sempre que houver dúvida, o profissional de nível superior deve ser consultado.
6. Ênfase no trabalho em equipe O estabelecimento de ações cooperadas na APS favorece muito o uso racional da agenda. Se o técnico de enfermagem realiza a escuta inicial contando com a disponibilidade do médico/enfermeiro para discussão de casos/supervisão clínica, então muitas questões que demandariam uma consulta podem ser solucionadas no próprio acolhimento. O mesmo vale para a relação médico-enfermeiro: muitas demandas podem ser resolvidas a partir de uma discussão de caso ou interconsulta, agilizando o atendimento do usuário e garantindo retaguarda para atuação clínica do enfermeiro.
7. Liberar a agenda para atendimentos: É importante discutir as atividades que cada um vem desempenhando na equipe para que todos sejam aproveitados em seu potencial, proporcionando a divisão de tarefas. A agenda do médico/enfermeiro deve ter foco no atendimento. A coordenação de alguns grupos pode ser através de rodízio ou ficar sob a responsabilidade de técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), contando com a participação do médico, enfermeiro e odontólogo em momentos específicos. Atividades não assistenciais que tomam a agenda do enfermeiro (como realizar verificação/solicitação do estoque de insumos na unidade, por exemplo) podem ser desenvolvidas pelo técnico de enfermagem.
8. Reservar alguns “horários-chave” na semana para garantir encaixes, retornos e demandas administrativas É importante reservar horários na semana, preferencialmente no fim dos turnos, destinados a demandas variadas, como usuários que, pela análise clínica, podem aguardar 24 ou 48h para serem atendidos ou pessoas em que se faz necessária reavaliação. Estes horários podem ser também utilizados para dar retornos por e-mail ou telefone para usuários, discussão de casos com outros serviços e para emissão de laudos e atestados (para perícia, para escola – liberação para educação física - e para obtenção de passe livre).
9. Evitar fechar a agenda durante um turno inteiro: É importante que a realização de atividades como, por exemplo, reunião de equipe, atendimentos domiciliares e grupos não ocupem

um turno inteiro da agenda, garantindo alguns horários de atendimento em todos os turnos da unidade. Por exemplo, os atendimentos domiciliares podem ser distribuídos na agenda ao longo da semana (ocupando metade do turno ao invés de um turno único), evitando o afastamento do profissional durante muito tempo da unidade e ofertando atendimento domiciliar com mais frequência. A reunião de equipe pode ter duração de 2 horas (e, quando se fizer necessário 4 h/semanais, realizar duas reuniões na semana).

Partindo dos critérios do gerenciamento da agenda, faz-se necessário atentar para a oferta de consultas que deve ser feita com base em uma análise da equipe sobre a demanda do usuário e não por ordem de chegada. Portanto, a organização da agenda dos profissionais de nível superior para atender a demanda espontânea é o primeiro passo efetivo para ampliar a capacidade de acesso aos serviços de saúde. Partindo desta necessidade de olhar para o problema do agendamento, foi analisado o número de oferta de agendamento com o atendimento efetivo, como pode ser observado na tabela III, que retrata a capacidade instalada de agendamento/atendimento e o uso real desta capacidade.

A capacidade instalada de atendimento é caracterizada pelo número de profissionais disponíveis para atendimento, carga horária de atendimento e número de consultas por hora. As consultas são distribuídas de acordo com as diretrizes vigentes, sendo 04 consultas por hora de médicos e 03 consultas por hora de profissionais não médicos. A presença de diferentes categorias profissionais e um alto grau de articulação entre eles é essencial não somente para compartilhar as ações, mas também para o enriquecimento do campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012).

Para que ocorra articulação entre as equipes multiprofissionais em saúde, é preciso que os profissionais não apenas trabalhem lado a lado, mas que possam estabelecer um trabalho cooperado, ou seja, que não sejam um agrupamento, em que ocorre uma sobreposição de ações e fragmentação do trabalho e, sim, uma equipe integrada, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes, estabelecendo tarefas conjuntas (PEDUZZI, 2001).

Estratégias como o Acesso Avançado preveem transferir do Médico, Enfermeiro e Cirurgião Dentista funções que podem ser feitas por outros profissionais. Isso significa atribuir maiores níveis de responsabilidade, sob bem concebidas diretrizes, para toda a equipe (CURITIBA, 2013).

Conhecer a capacidade instalada do serviço é o primeiro passo para a organização do acesso nos serviços de saúde. Na tabela III abaixo está a distribuição da capacidade de atendimento e o total de atendimentos realizados por Unidades de Saúde no período de 01/01/2018 a 31/12/2018, Na coluna Vagas está apresentada a capacidade instalada de atendimento, a coluna Agendados indica a ocupação das vagas ofertadas por agendamento realizado na Unidade de Saúde, a coluna Encaixe representa os atendimentos realizados a partir de vagas ocupadas no dia devido ausência de pacientes previamente agendados, Bloqueados são vagas que foram por algum motivo bloqueadas pelos próprios profissionais, a coluna Faltas nada mais é que a ausência do paciente agendado previamente, já na coluna Total de Atendido está apresentado o número total de atendimentos realizados no período e a coluna Efetivo é o número de vagas subtraído pelo total de atendido, obtendo assim a relação da capacidade instalada de atendimento e o real atendido. De posse desses dados chegamos ao uso efetivo da nossa capacidade instalada de atendimentos nas Unidades de Saúde do Município de Praia Grande/SP.

Tabela IV – Distribuição por Unidades de Saúde quanto ao uso da capacidade instalada de atendimentos - Período de 01/01/2018 a 31/12/2018.

Especialidade Unidade	Oferta e Uso da Agenda				Aproveitamento		
	Vagas	Agendados	Encx	Bloqueados	Faltas	Total Atendido	Efetivo
Usafa Aloha							
Total:	13931	7350	1216	98	1838	6728	(-) 7203
Usafa Anhanguera							
Total:	17056	10787	3036	633	2305	11518	(-) 5538
Usafa Antartica							
Total:	28717	18504	10872	1351	6964	22412	(-) 6305
Usafa Aviacao							
Total:	24439	16940	7272	467	6345	17867	(-) 6572
Usafa Boqueirão							
Total:	26984	21071	7719	289	7242	21548	(-) 5436
Usafa Caicara							
Total:	22100	13158	10666	978	3018	20806	(-) 1294
Usafa Esmeralda							
Total:	18246	13290	9132	411	4267	18155	(-) 91
Usafa Forte							
Total:	31054	21252	6850	300	5416	22686	(-) 8368

Usafa Guaramar							
Total:	16725	13872	5398	226	4289	14981	(-) 1744
Usafa Maracanã							
Total:	22816	16605	4019	1805	3435	17189	(-) 5627
Usafa Melvi							
Total:	22222	18954	3294	672	6348	15900	(-) 6322
Usafa Mirim I							
Total:	27232	14990	4272	1717	5094	14168	(-) 13064
Usafa Mirim II							
Total:	10799	8245	7567	63	2488	13324	(+) 2525
Usafa Ocian							
Total:	29525	11746	2410	900	2750	11406	(-) 18119
Usafa Quietude							
Total:	18825	13042	7311	890	3157	17196	(-) 1629
Usafa Real							
Total:	21646	13213	6846	1420	3727	16332	(-) 5314
Usafa Ribeirópolis							
Total:	25630	23749	19038	46	6803	35984	(+) 10354
Usafa Rio Branco							
Total:	15961	10384	6498	603	3070	13812	(-) 2149
Usafa Samambaia							
Total:	33423	23515	6228	1083	5483	24260	(-) 9163
Usafa Santa Marina							
Total:	22128	16245	6398	663	5665	16978	(-) 5150
Usafa Sao Jorge							
Total:	26358	18352	7702	394	8528	17526	(-) 8832
Usafa Solemar							
Total:	17500	12362	4643	425	2224	14781	(-) 2719
Usafa Tude Bastos							
Total:	19932	16050	10076	137	4562	21564	(+) 1632
Usafa Tupi							
Total:	23680	16825	5924	293	4569	18180	(-) 5500
Usafa Tupiry II							
Total:	26075	16211	11057	971	5707	21561	(-) 4514
Usafa Vila Alice							
Total:	17382	10664	4066	957	2881	11849	(-) 5533
Usafa Vila Sonia							
Total:	19945	13126	3288	694	3877	12537	(-) 7408
Total:	600331	410502	182798	18486	122052	471248	(-) 129083

Legenda:

Vagas: Refere-se ao total de vagas criadas.

Agendados: Refere-se aos agendamentos realizados para o período, desconsiderando as vagas bloqueadas.

Encaixes: Refere-se as recepções realizadas como encaixe nas agendas abertas no período.

Bloqueados: Refere-se as vagas bloqueadas nas agendas.

Faltas: Refere-se as faltas que tiveram sobre os agendamentos.

Total Atendido: Refere-se a quantidade total de atendimentos realizados, incluindo encaixes.

Efet: Refere-se a diferença entre vagas criadas versus quantidade de atendimentos realizados.

Fonte: Sistema Municipal – SAUDETECH, 2020.

Na tabela IV, fica evidenciada uma perda da capacidade instalada de 129.083 atendimentos, o que corresponde a 21,50%. De posse dessa informação e do cenário apresentado, adotou-se no município de Praia Grande/SP a mudança no processo de agendamento, caracterizado pelo acesso avançado, onde as Equipes de Saúde da Família foram orientadas a organizarem o seu processo de trabalho partindo da adequação da agenda onde 50% das consultas ofertadas fossem agendadas e 50% fossem destinadas ao

atendimento das pessoas que procurassem a unidade de saúde no mesmo dia, o que denominamos de consultas no dia.

Para aplicabilidade desta estratégia foi desenvolvido um novo modelo de agendamento para as unidades de Saúde da Família, conforme demonstra a figura II.

FIGURA II – Modelo de Agenda da Atenção Básica

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00	DEMANDA ESPONTÂNEA – 04	CAPACITAÇÃO	DEMANDA ESPONTÂNEA – 04	PROGRAMADO – 02 (01 GES + 01 PUE) DEMANDA ESPONTÂNEA – 02	PROGRAMADO – 02 (01 GES + 01 PUE) DEMANDA ESPONTÂNEA – 02
09:00	DEMANDA ESPONTÂNEA – 04	CAPACITAÇÃO	VD	PROGRAMADO – 02 (1 DM + 1 HAS) DEMANDA ESPONTÂNEA – 02	PROGRAMADO – 02 (1 DM + 1 HAS) DEMANDA ESPONTÂNEA – 02
10:00	DEMANDA ESPONTÂNEA – 04	CAPACITAÇÃO	VD	DEMANDA ESPONTÂNEA – 02 RETORNO – 02	DEMANDA ESPONTÂNEA – 03 RETORNO – 01
13:00	PROGRAMADO – 02 (01 GES + 01 PUE) DEMANDA ESPONTÂNEA – 02	DEMANDA ESPONTÂNEA – 04	PROGRAMADO – 02 (01 GES + 01 PUE) DEMANDA ESPONTÂNEA – 02	PROGRAMADO – 02 (01 GES + 01 PUE) DEMANDA ESPONTÂNEA – 02	PROGRAMADO – 01 (1 HAS) DEMANDA ESPONTÂNEA – 03
14:00	DEMANDA ESPONTÂNEA – 04	PROGRAMADO – 02 (01 GES + 01 PUE) DEMANDA ESPONTÂNEA – 02	PROGRAMADO – 02 (1 DM + 1 HAS) DEMANDA ESPONTÂNEA – 02	DEMANDA ESPONTÂNEA – 02 PROGRAMADO – 02 (2 HAS)	DEMANDA ESPONTÂNEA – 04
15:00	DEMANDA ESPONTÂNEA – 04	DEMANDA ESPONTÂNEA – 03 RETORNO – 01	DEMANDA ESPONTÂNEA – 02 RETORNO – 02	DEMANDA ESPONTÂNEA – 02 RETORNO – 02	RETORNO – 02 (2 HAS) REUNIÃO DE EQUIPE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – PRETO/VERMELHO/AMARELO DEVERÃO SER ATENDIDOS INDEPENDENTEMENTE DO NÚMERO MÍNIMO TER SIDO ATENDIDO

Legenda:

Ges = Gestante

Pue = Puericultura

DM = Diabetes Mellitus

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

Fonte: Departamento da Atenção Básica da Secretária de Saúde do Município de Praia Grande/SP.

A agenda proposta foi bem aceita pelas equipes o que contribuiu substancialmente para a melhoria do uso da capacidade instalada, conforme podemos observar nos números de atendimentos no ano seguinte, em 2019, apresentados na tabela IV.

Tabela V – Distribuição por Unidades de Saúde quanto ao uso da capacidade instalada de atendimentos – Período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

Especialidade Unidade	Oferta e Uso da Agenda				Aproveitamento		
	Vagas	Agendados	Encx	Bloqueados	Faltas	Total Atendido	Efetivo
Usafa Aloha							
Total da Unidade:	13178	6630	2542	494	1963	7209	(-) 5969
Usafa Anhanguera							
Total da Unidade:	9575	7906	7473	122	2355	13024	(+) 3449
Usafa Antartica							
Total da Unidade:	31798	23902	11754	792	9334	26322	(-) 5476
Usafa Aviacao							
Total da Unidade:	26876	18838	8061	515	4713	22186	(-) 4690
Usafa Boqueirão							
Total da Unidade:	26106	19001	9117	49	5847	22271	(-) 3835
Usafa Caicara							
Total da Unidade:	15219	10544	10585	542	2774	18355	(+) 3136
Usafa Esmeralda							
Total da Unidade:	20874	14156	7595	348	4687	17064	(-) 3810
Usafa Forte							
Total da Unidade:	29474	15429	11119	538	2756	23792	(-) 5682
Usafa Guaramar							
Total da Unidade:	18385	14219	7768	347	4989	16998	(-) 1387
Usafa Maracanã							
Total da Unidade:	19573	15606	5595	487	3709	17492	(-) 2081
Usafa Melvi							
Total da Unidade:	20082	16580	2354	316	5649	13285	(-) 6797
Usafa Mirim I							
Total da Unidade:	26551	11774	5883	1150	3995	13662	(-) 12889
Usafa Mirim II							
Total da Unidade:	10292	7765	5746	18	2698	10813	(+) 521
Usafa Ocian							
Total da Unidade:	33006	20598	2210	735	4325	18483	(-) 14523
Usafa Princesa							
Total da Unidade:	1745	1045	698	143	293	1450	(-) 295
Usafa Quietude							
Total da Unidade:	14091	10276	5302	246	3024	12554	(-) 1537
Usafa Real							

Total da Unidade:	22806	12890	6776	628	3116	16550	(-) 6256
Usafa Ribeirópolis							
Total da Unidade:	20949	20276	27700	11	5671	42305	(+) 21356
Usafa Rio Branco							
Total da Unidade:	18225	10364	10323	353	2270	18417	(+) 192
Usafa Samambaia							
Total da Unidade:	34312	23077	4678	1685	5612	22143	(-) 12169
Usafa Santa Marina							
Total da Unidade:	22730	16994	9816	281	6663	20147	(-) 2583
Usafa Sao Jorge							
Total da Unidade:	19997	10102	14880	181	4878	20104	(+) 107
Usafa Solemar							
Total da Unidade:	16974	11323	6197	96	4668	12852	(-) 4122
Usafa Tude Bastos							
Total da Unidade:	22151	16289	12483	37	4583	24189	(+) 2038
Usafa Tupi							
Total da Unidade:	24531	16353	6564	365	4180	18737	(-) 5794
Usafa Tupiry li							
Total da Unidade:	23702	15295	12617	510	4270	23642	(-) 60
Usafa Vila Alice							
Total da Unidade:	18811	9875	5497	759	2893	12479	(-) 6332
Usafa Vila Sonia							
Total da Unidade:	13899	9721	3706	239	3201	10226	(-) 3673
Total:	575912	386828	225039	11987	115116	496751	(-) 79161

Legenda:

Vagas: Refere-se ao total de vagas criadas.

Agendados: Refere-se aos agendamentos realizados para o período, desconsiderando as vagas bloqueadas.

Encaixes: Refere-se as recepções realizadas como encaixe nas agendas abertas no período.

Bloqueados: Refere-se as vagas bloqueadas nas agendas.

Faltas: Refere-se as faltas que tiveram sobre os agendamentos.

Total Atendido: Refere-se a quantidade total de atendimentos realizados, incluindo encaixes.

Efet: Refere-se a diferença entre vagas criadas versus quantidade de atendimentos realizados.

Fonte: Sistema Municipal – SAUDETCH, 2020.

A tabela V mostra que houve uma diminuição na oferta de consultas programadas no ano de 2019 em relação ao ano de 2018, apresentada na tabela III, mas nota-se em 2019 um aumento de 5,2% do número de atendimento nas Unidades de Saúde da Família do município de Praia Grande/SP em relação ao ano de 2018. Considerando-se que o quadro de profissionais praticamente manteve-se inalterado, o fato permite pensar que as estratégias propostas para ampliação do acesso partindo na organização da agenda retratam um ganho ponderal, mesmo que discreto, no acesso aos serviços de saúde. Ao compararmos os números da tabela IV com a tabela V, observa-se que algumas

unidades de saúde (Usafa Anhanguera, Usafa Caiçara, Usafa Mirim II, Usafa Ribeirópolis, Usafa Tude Bastos, Usafa Tupiry II) conseguiram equilibrar o número de oferta de consultas programadas e o número real de atendimentos realizados e até mesmo o número de atendimentos serem maiores que as vagas ofertas. Vale ressaltar que a organização da agenda dos profissionais de nível superior não pode ser a única estratégia para a organização do acesso aos serviços de saúde, mas sim um conjunto de ações que passa desde a valorização e investimento da atenção primária à saúde até a formação em serviço dos profissionais.

Maria de Fátima de Souza, em sua tese de doutorado, apresenta a organização das Equipes de Saúde da Família das principais cidades do País. Observa-se que a maioria das cidades citaram a necessidade de olhar para a organização da agenda, como foi o caso do município de Joinville/SC, que destacou a organização da demanda, por agendamento, embora nesta época a estratégia de agendamento fosse fragmentada por grupos específicos de doenças ou por ciclos da vida. Ressalta-se que desde a estruturação e expansão da saúde da família no País sempre se discutiu o agendamento associado à organização do acesso. Acredito que ainda estejamos longe de encontrar a melhor alternativa para um agendamento que contemple as necessidades em saúde da população, por isso a necessidade de sempre se estudar o acesso aos serviços de saúde da perspectiva da forma mais adequada de organização da agenda.

7 Considerações Finais

Estudar o sistema de saúde brasileiro é um verdadeiro desafio, devido suas dimensões e complexidades; por sua vez, discutir o acesso da população a Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde é de grande importância, considerando que a Atenção Primária a Saúde é o nível de atenção à saúde com uso de baixa tecnologia material e de alta complexidade devido à grandiosidade dos processos de trabalho, como se buscou apresentar durante todo este percurso de pesquisa.

Transcorridos 29 anos desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, é possível dizer que, mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vale ressaltar que o objetivo principal do SUS é a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros passando pelo respeito aos princípios e diretrizes deste sistema, discutidos ao longo deste trabalho.

A Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Isso se constituiu numa grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal.

O sistema de saúde brasileiro, cujo arcabouço jurídico-institucional foi definido na Constituição Federal de 1988, encontra-se em pleno processo de consolidação, orientado pela efetiva implementação de seus princípios e diretrizes. A descentralização de recursos e responsabilidades para os estados e, principalmente, para os municípios, constitui-se em um dos mais importantes elementos desse processo. Contudo, dadas as características do país e de seu modelo federativo, torna-se imprescindível a articulação entre os diversos níveis de governo de modo a garantir que toda a população tenha acesso com

qualidade ao sistema, em todos os seus níveis de atenção, independente do local de residência.

O SUS hoje é o maior sistema público de saúde do mundo, e esse sistema fica no Brasil, portanto, temos o dever de contribuir para a sua melhoria.

Como discutido no início deste trabalho o SUS foi construído a partir da mobilização social, tendo em sua essência a participação da sociedade. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um grande marco na história desse sistema de saúde.

Antes do SUS, o sistema de saúde no Brasil era baseado na assistência médica associada à contribuição previdenciária, restringindo a cobertura da população àquela formalmente vinculada ao mercado de trabalho; essa assistência era complementada por instituições públicas ou filantrópicas de amparo aos “indigentes”. O Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária e de forma verticalizada e centralizada. Muito distinto pois do presente momento, quando se vê consolidado um sistema de acesso universal que abarca a integralidade da atenção à saúde como um direito de cidadania. Dado que o nível de atenção primária à saúde constitui a porta de entrada do SUS, e se constituiu na estratégia privilegiada de reorganização do sistema e de reformulação do modelo de atenção à saúde, depreende-se a importância e necessidade de se discutir o acesso da população aos serviços de saúde no Brasil a partir da organização da APS.

Destaca-se, a despeito da Atenção Primária à Saúde, que ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e grupos populacionais, articulando diversas ações de baixa incorporação tecnológica e de muita integração e articulação de rede. Paralelamente, a APS, para aumentar o seu poder de resolubilidade, e para que seja reconhecida e tenha legitimidade, não pode ser concebida como o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo, mesmo essas ações sendo prioritárias

e necessárias, nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos. As dicotomias e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente, não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorá-la. Além disso, a procura exacerbada por serviços de urgência e especializados, dada a tradição da organização e do modelo assistencial anterior ao SUS, expressa a importância da organização da APS.

Segundo Giovanella, 2018, sobre a Atenção Primária à Saúde:

“Os benefícios de sistemas de saúde sustentados por atenção primária à saúde de qualidade são reconhecidos internacionalmente, e há certo consenso entre formuladores de políticas de que a atenção primária deva ser fortalecida. No entanto, predominam imprecisões quanto ao seu significado e observam-se, na formulação e na implementação de políticas de atenção primária à saúde, abordagens em disputa”

Partindo deste olhar, no presente estudo considera-se a necessidade de qualificar o acesso nas Unidades de Saúde da APS na busca de melhoria da atenção à saúde da população, devendo ainda considerar que o Brasil é um país de dimensões continentais e de características regionais altamente diferenciadas, e que se propõe o desafio de criar uma estrutura nacional que dê conta da atenção à saúde e respeite os princípios doutrinários do SUS, cabendo a cada município seguir as diretrizes federais.

Neste contexto foi apresentada a experiência do Município de Praia Grande/SP quanto à busca da garantia do acesso à atenção à saúde através da organização da agenda. Com esse propósito, ressaltou-se a importância de trazer à tona a necessidade de um agendamento flexível pautado na necessidade do cliente no momento em que ele busca o serviço de saúde.

Mas antes da organização do agendamento de consultas nas Unidades de Saúde de Atenção Primária à Saúde de Praia Grande/SP, foi realizado no município o aumento do número de equipes de Saúde de Família, sem o que dificilmente se poderia atingir o posto de ser, entre os municípios da Baixada Santista o que apresenta a maior cobertura de ESF.

Após alguns anos de ampliação das equipes houve a necessidade de redefinir alguns pontos relevantes no seu processo de trabalho, onde através do acesso avançado, onde 50% da agenda dos profissionais era ocupada com agendamentos prévios e os outros 50% é destinada à demanda espontânea do dia, quando então identifica-se a melhoria no acesso, bem como a diminuição de absenteísmo, proporcionando assim a ocupação das agendas de acordo com a capacidade instalada de cada Equipe de Saúde da Família.

Acredita-se que outro ponto de grande significado para a melhoria do acesso à rede de Atenção Primária à Saúde no município foi o investimento dos gestores na formação em serviço dos profissionais, como por exemplo, a criação do Núcleo de Educação Permanente e os Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Com essas duas ações foi possível mobilizar a Rede de Atenção à Saúde na busca de qualificação e melhoria na assistência à saúde. No entanto alguns desafios ainda precisam ser superados como é o caso da taxa da mortalidade infantil que no último ano chegou a 21/1.000 nascidos vivos. Acredita-se que com o aumento e a melhoria do acesso da população à rede de APS esse indicador de saúde tão importante possa ser melhorado.

De acordo com PEREIRA, SILVA, ANDRADE, et. al., o uso da estratégia educativa, realizada em espaço que proporcione a mudança do cenário local para o contexto do trabalho/produção/educação em saúde, revela-se como de grande contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços e das condições de trabalho no interior dos sistemas de saúde.

Com o incremento destas medidas observou-se que houve um crescimento no número de atendimentos nas Unidades de Saúde e um aumento da capacidade instalada de atendimento.

Com a estruturação da Rede de Atenção Primária à Saúde de Praia Grande/SP e o decreto de Pandemia do COVID19 em 11/03/2020 pela OMS, a Rede de Atenção à Saúde do Município enfrenta um grande desafio e as estratégias de atendimentos vigentes na APS possibilitaram atender a comunidade na sua Unidade de Saúde de Referência; todas as Unidades

passaram a atender todas as queixas de síndromes gripais, sendo estes pacientes devidamente notificados e monitorados pelas equipes de Saúde da Família o que possibilita um melhor diagnóstico do cenário e controle da doença, caracterizado pelo vínculo da comunidade com as equipes de saúde local.

No período de 23/03/2020 a 18/05/2020 foram notificados nas Unidades de Saúde da Família 4.949 pacientes sintomáticos respiratórios, sendo que destes 4.145 como casos suspeitos e 804 casos confirmados e 45 óbitos, números obtidos do sistema municipal Saúde Tech. Estes números expressam a importância da APS no fortalecimento do SUS, ao mesmo tempo que apontam para a necessidade do fortalecimento de estratégias na melhoria do acesso aos serviços de saúde, não só porque no geral garantem melhor cobertura na atenção à saúde, como revelam-se de vital importância em conjunturas como a da crise sanitária por que passa o país devido à pandemia, quando a assistência médica associa-se de forma mais estreita e aguda à garantia da integralidade do acesso à saúde. À capacidade de se rastrear o comportamento da doença na coletividade a assistência médica, inclusive de altíssima densidade tecnológica, deve vir lado a lado. Portanto, discutir cenários e estratégias de melhoria da APS como forma de garantia do acesso ao SUS, e portanto do direito à saúde por parte da população ganha centralidade não só em tempos de normalidade, mas também urgência em momentos de crise como a atual.

Referências

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALMEIDA, P. F. de; FAUSTO, M. C. R; GIOVANELLA, L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.

ANDRADE, Wilma Therezinha Fernandes de. **Presença da Engenharia e Arquitetura – Baixada Santista**. Empresa das Artes: 2001.

BORGES, Camila Furlanetti, BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades**. Revista: Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro, 2010.

BOTTI S. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL(b), Ministério da Saúde. **Lei 8.142 – Lei Orgânica da Saúde**. Diário Oficial da União, 28/12/1990.

BRASIL(b). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2017. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 14 jun. 2019.

Brasil, Ministério da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFSP.def> acessado em: 09/07/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde**. Diário Oficial da União, 19/09/1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 1.654 de 19 de junho de 2011**. Brasília: 2011. Disponível em: <
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf >
 Acessado em: 10/02/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2.436 – **Política Nacional da Atenção Básica**; 2017. Disponível em:
<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>, Acessado em 10/03/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2.486 – Política Nacional da Atenção Básica**; Revogada, 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html,
 Acessado em 10/03/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 648 – Política Nacional da Atenção Básica**; Revogada, 2006. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf,
 Acessado em 10/03/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.412. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Diário oficial da União. Publicada em 10/07/2013. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2013/07/PORTARIA-N%C2%BA-1.412-DE-10-DE-JULHO-DE-2013-Institui-o-Sistema-de-Infoma%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-para-a-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-SISAB....pdf>, acessado em 10 de novembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Brasília: 2007. Disponível em:
 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
 > acessado em: 01 de março de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 204 de 29 de janeiro de 2007**. Brasília: 2007. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

> Acessado em: 10/02/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea – Caderno da Atenção Básica Volume I**. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2019.

Cardoso, Janaina Rodrigues. **Os desafios da Atenção Básica para consolidação do SUS e da garantia dos direitos sociais à saúde**. Cad. IberAmer. Direito. Sanit., Brasília, v.2, n.2, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/104>.

Acessado em: 05/03/2019.

CARVALHO, Gilson. **A Saúde Pública no Brasil**. Revista Estudos Avançados. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>, Acessado em: 10/01/2020.

COHN, Amélia, et. al. **A saúde como direito e como serviço**. 7ªed. Pág. 16. São Paulo: Cortez, 2015.

CORDOBA, Elisabete. **SUS e ESF – Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo/SP: Rideel, 2013.

CPDOC, Fundação Getúlio Vargas, FGV. **Alberto Pereira Mourão**. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/alberto-pereira-mourao>> Acessado em: 01/02/2020.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Departamento de Atenção Primária à Saúde. Coordenação do Acesso e Vínculo. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba, 2013.

DATASUS, Ministério da Saúde. **SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Cadastro de equipes da Estratégia da Saúde da Família**. Manual de Operação – Versão 1.0 M01. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: < www.cnes.datasus.gov.br > Acessado em: 10/12/2019

DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. 2019**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>, Acessado em: 10 ago. 2019.

DICIONÁRIO ONLINE. **Significados**. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/acesso/>> acessado em: 10 de fevereiro de 2020.

DUNCAN, Bruce B., SCHMIDT, Maria Inês, GIUGLIANI, Elsa R. J., e Colaboradores. **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª edição. Porto Alegre. Editora: Artmed, 2004.

GIOVANELLA, Ligia, et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil**. Revista: Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):783-794, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014, acessado em 19/07/2019.

GIOVANELLA, Lígia, et. al. De Alma-Ata a Astana. **Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. Cad. Saúde Pública. 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n3/e00012219>. Acessado em: 24 de julho de 2019.

GIOVANELLA, Ligia. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?** Caderno de Saúde Pública, 2018. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf, acessado em: 20 de janeiro de 2020.

HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; PINTO, L. F. **Avaliação do grau de orientação para Atenção Primária em Saúde: a experiência dos usuários das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro. Relatório Final de Pesquisa PCATool Rio 2014.** Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Faculdade de Medicina, 2015.

HARZHEIM, Erno, et. al. **Qualifica APS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia TelessaúdeRS/UFRGS.** Rio Grande do Sul/RS: 2016. Disponível em: <www.telessauders.ufrgs.br> Acessado em: 16 de fevereiro de 2019.

HERVAL, Álex Moreira, RODRIGUES, Elisa Toffoli. **Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos.** Interface Comunicação Saúde Educação. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501325. Acessado em: 16 set. 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional – CIDADES.** Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>, Acessado em: 02 de janeiro de 2020.

JAPIASSU, H. **A pedagogia da incerteza e outros estudos.** Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LUCCHESI, Patrícia T. R., coord, AGUIAR, Dayse Santos, WARGAS, Tatiana, LIMA, Luciana Dias de, MAGALHÃES, Rosana, MONERAT, Giselle Lavinias. **Políticas públicas em Saúde Pública.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MELO, Lygia Maria de Figueiredo, et al. **Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras.** Revista Saúde Debate. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000100008&script=sci_abstract&tlng=pt, Acessado em: 15/04/2018.

NEVES, Rosália Garcia, et al. **Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016.**

Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 27(3):e2017170, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2018.v27n3/e2017170>, acessado em 15 out. 2019.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina, SAITO, Raquel Xavier de Souza (Organizadoras). **Saúde da Família: Considerações teóricas e aplicabilidade**. Martinari. 2 ed. São Paulo, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Carta da Conferência de Alma-Ata, 1978**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acessado em: 23 maio 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Revista: Ciências & Saúde Coletiva, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601723&script=sci_abstract&tlng=pt, acessado em: 19 de dezembro de 2019.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEREIRA, Lizziane d' Ávila, et. al. **Educação Permanente em Saúde: Uma prática possível**. Revista de Enfermagem UEPE online. Recife: 2018. Disponível em: < <file:///C:/Users/Jos%C3%A9%20Isaias/Downloads/231116-112565-1-PB.pdf> > Acessado em: 01 de março de 2020.

PEREIRA, Lizziane d' Ávila, SILVA, Kênia Lara, ANDRADE, Maria de Fátima Lobato Benedito, et. al. **Educação Permanente Em Saúde: Uma Prática Possível**. Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Pernambuco. Recife/PE: 2018. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-981175> > Acessado em: 15/04/2020.

PRAIA GRANDE. **Plano Municipal de Saúde – período 2014 a 2017**. Praia Grande/SP: Secretaria de Saúde Pública, 2013. Disponível em: < http://www.praiagrande.sp.gov.br/arquivos/sesap/Plano_Municipal_de_Saude_2014-2017.pdf >. Acesso em: 14 dezembro. 2019.

REIS, Denizi Oliveira, ARAÚJO, Eliane Cardoso de, CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e Pactos pela Saúde.** UNASUS/UNIFESP, 2010. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf, acessado em 19 de dezembro de 2019.

RODRIGUES, Gregório Victor, et. al. **Acesso Avançado: Um guia prático em 7 passos.** Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <<https://docsend.com/>> acessado em: 15 de fevereiro de 2019.

Rosa WAG, Labate RC. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Rev Latino-am Enfermagem, 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

Souza, Maria Celly Martins Ribeiro de. Horta, Natalia de Cássia (org.). **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SOUZA, Maria Fátima de. **Programa de Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do Acesso aos Serviços Básicos da Saúde.** Tese de Doutorado. Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília:2007. Disponível em:< <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3014>> Acessado em: 10/01/2020.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, Barbara. **The hidden inequity in health care.** International Journal for Equity in Health, London, v. 10, p. 15, Apr. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3094214/> acessado em: 19/07/2019.

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 Debate. Rio De Janeiro, V. 42, Número Especial 1, P. 361-378, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0361.pdf>,

Acessado em 05 de agosto de 2019.

WINTERS, Joanara Rozane da Fontoura. PRADO, Marta Lenise Do. HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. **A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos.** Escola Anna Nery. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0248.pdf>, Acessado em: 13/04/2018.