



## **TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018**

### **Acesso e acolhimento às demandas dos usuários na APS**

#### **Situação atual do acesso na atenção primária à saúde brasileira: principais problemas e estratégias de superação**

**Charles Tesser- UFSC**

### **Introdução**

A atenção primária à saúde (APS), aqui usada como sinônimo de atenção básica, é bem maior que os serviços de saúde de APS. Já na Declaração de Alma-Ata a APS engloba atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico, maior participação social e democratização das decisões e distribuição das riquezas em direção aos desassistidos, esta última com destacada influência na saúde (STRINGHINI ET AL, 2017; ALMA-ATA, 1978; ALEIXO, 2002). Tal dimensão societal da APS, crucial e importantíssima, está longe de ser resolvida no Brasil. Doutra parte, a maior parte dessas ‘missões’ está além da alçada dos profissionais dos serviços da APS, e do escopo deste texto. Trataremos do acesso ao cuidado clínico-sanitário nos serviços de saúde da APS, aqui designados centros de saúde (CS).

Tal cuidado envolve ações preventivas, promocionais e curativas realizadas por profissionais generalistas (com raras exceções, como parteiras na Inglaterra e dentistas no Brasil), que tem a exclusividade do primeiro contato (não emergencial) com o usuário e mediam o acesso aos especialistas e outros serviços do sistema de saúde, o que é chamado ‘função filtro’ (ou *gatekeeper*) (GÉRVAS; PÉREZ-FERNÁNDEZ, 2005). A atenção aos sensivelmente adoecidos ocupa e deve ocupar a grande maior parte do tempo dos profissionais desses serviços de saúde (TESSER E NORMAN, 2014); o que não significa que não devam realizar ações preventivas e promocionais quando cabíveis, diluídas no cuidado aos doentes e incluindo não doentes, em paralelo ou adicionalmente a esse cuidado (NORMAN E TESSER, 2015).

Destacamos que o cuidado baseado na APS é de melhor qualidade, gera populações mais saudáveis, têm maior equidade e menos custo que sistemas de saúde em que os cuidados são prestados por especialistas orientados por doenças ou faixas etárias (HOMA ET AL., 2015). Além disso, a APS é um valioso espaço para o combate às iniquidades em saúde e à lei dos cuidados inversos, que registra a tendência de que a provisão de cuidados é inversamente proporcional à sua necessidade: os que mais precisam tendem a obter menos cuidados, e tanto mais quanto mais vigorem as forças de mercado na organização do cuidado médico à saúde (HART, 1971).

Usando os atributos propostos por Starfield (2002), destacamos que o acesso ao cuidado clínico-sanitário é o primeiro e principal atributo da rede de serviços de APS, sem o qual nenhum dos outros pode se concretizar (integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado etc.) com qualidade e efetividade (CAMPBELL; ROLAND, 2000).

Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), depois Estratégia Saúde da Família (ESF), inaugurou-se um esquema administrativo-financeiro nacional relativamente exitoso, com repasse automático de recursos da União aos municípios para cada equipe de SF contratada e implantada. Também inaugurou-se em escala nacional um esboço parcial de esquema de trabalho em equipe com clientela vinculada (via território geográfico), vinculação esta que é essencial para operacionalização do acesso e dos demais atributos da APS. Enfatizamos que o acesso deve estar atrelado à longitudinalidade, à integralidade e à coordenação do cuidado para a APS realizar sua efetividade. No Brasil, apenas a ESF aproxima-se do conjunto destes atributos.

Com a ESF, equipes de médicos e enfermagem com agentes comunitários de saúde (ACS) passaram a ter normativas para trabalho clínico, preventivo e promocional, mas sem regra clara sobre o acesso, em escala nacional ou em contextos locais. Não se sabe que proporção da APS está na ESF, mas sabe-se que as grandes cidades, metrópoles e capitais (salvo algumas poucas exceções) são as que menos implantaram a ESF ou converteram sua rede à ESF.

Uma diretriz merece menção quanto ao acesso na APS, oriunda de experiências municipais: o acolhimento (BRASIL, 2004; FRANCO ET AL, 1999). Ele nasceu de um contexto de comum degradação da relação entre serviços e usuários associada com a precariedade de acesso. O acolhimento visa um resgate e revalorização da relação ética de solidariedade e empatia dos profissionais com os usuários e orienta uma prática de escuta empática e negociação (com usuários e entre profissionais), visando aumentar a equidade, a

resolubilidade do primeiro contato e a agilidade no atendimento. Assim, estimula a prática clínica dos não-médicos e o trabalho em equipe, diminuindo a burocratização dos serviços (MITRE ET AL, 2012; SOUZA ET AL, 2008; TESSER ET AL, 2010). O acolhimento visa melhorar também o acesso à demanda espontânea.

Passados 40 anos da Declaração de Alma-Ata, que estimulou a APS de modo a propiciar cuidado clínico-sanitário a todos, justifica-se uma reflexão sobre a situação do acesso na APS brasileiro. Assim, o objetivo deste artigo é apresentar um panorama sintético da situação do acesso ao cuidado na APS, apontar problemas e desafios principais e sugerir estratégias para superação destes últimos.

Trata-se de uma revisão panorâmica assistemática sobre o acesso na APS brasileira, baseada em estudos publicados e experiência empírica em distintos serviços e municípios. Ou seja, a rigor, a artigo caracteriza-se como um artigo de opinião, em parte autoral, em parte coletiva, sobre o “estado da arte” do acesso na APS, incluindo principais problemas e desafios e apontando estratégias para superação dos problemas.

O acesso envolve diversos aspectos, desde organizacionais até geográficos, financeiros e culturais. Há também aspectos específicos, envolvendo acesso ao cuidado especializado, cirurgias, ações preventivas específicas, apoio diagnóstico, medicamentos, etc. Não usaremos, por simplificação, a distinção proposta por Starfield (2002) entre acesso e acessibilidade, cujos significados englobaremos num único termo: acesso. Tampouco esgotaremos as variadas dimensões do acesso (política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica, conforme Assis e Jesus [2012]), embora nossas proposições finais atravessem algumas dessas dimensões, pela sua importância.

Devido à ausência de dados nacionais sobre acesso, enfatizaremos alguns aspectos organizacionais dos serviços de saúde da APS, mais fáceis de generalizar e mais estudados no país, em geral a partir de estudos locais, e algumas pesquisas de caráter nacional com usuários.

## **Situação atual**

Desde o início do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS esteve presente como normativa oficial sob o nome de “hierarquização”, depois atenção básica. Hoje ela é proposta como coordenadora da rede de atenção à saúde (MENDES, 2010; RODRIGUES ET AL, 2014). A estratégia de municipalização e descentralização dos serviços, presente desde o nascimento do SUS, tornou a APS na prática uma responsabilidade eminentemente municipal, com plena

autonomia deste nível de gestão, gerando grande heterogeneidade e fragmentação na APS brasileira, que persiste até hoje (SANTOS E CAMPOS, 2015). Pouco ou quase nada se discute ou se decide sobre a APS em nível regional (ALMEIDA ET AL, 2016).

Até o final da década de 1990, a rede de serviços de APS era relativamente pequena, bem como o acesso. Neste período, se iniciou a expansão da estratégia de SF, e hoje, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, o SUS atende a 72% da população (que não tem planos de saúde); 56% da população está cadastrada em uma equipe de SF, sendo que 60% dos que foram atendidos em algum serviço ambulatorial de saúde o foram no SUS, e cada vez mais na APS (STOPA ET AL., 2017). Os dados do MS sobre as equipes de SF são convergentes, estimando que aproximadamente 65% da população seja coberta pela ESF, sem estimativa para os CS sem ESF. Como é hoje o acesso a estes serviços, sejam de ESF ou CS tradicionais, em geral? Não sabemos ao certo. Poucos estudos se debruçam especificamente sobre o acesso ao cuidado na APS (TESSER E NORMAN, 2014). As pesquisas disponíveis indicam generalizadamente que o acesso é ruim, embora provavelmente haja grande heterogeneidade.

É consensual que a ESF ampliou o acesso (TEIXEIRA E SOLLA, 2005; SOUSA, 2008; SILVA E COL., 2013), porém há também concordância sobre ele continuar precário (AZEVEDO; COSTA, 2010), mesmo onde a ESF já está estabelecida (LUZ, 2009; BARBOSA, 2013; SILVA ET AL., 2015). As pesquisas qualitativas mostram acesso precário, com tempo de espera para atendimento demorado, mais de uma ou várias semanas para a maioria dos serviços (MARIN, MARCHIOLI E MORACVICK, 2013; LUZ, 2009; AZEVEDO E COSTA, 2010; SISSON ET AL, 2011; DE PAULA ET AL., 2016); com persistentes problemas de acolhimento na sua dimensão relacional (ARRUDA E BOSI, 2017; GOMES E PINHEIRO, 2006).

Os estudos quantitativos também convergem. A maioria envolve o PCATool, um instrumento que mensura os atributos da APS, validado e utilizado em diversos países (Canadá, Estados Unidos, Espanha, Hong Kong, Argentina e Brasil) (D'AVILA et al., 2017). A aplicação do PCATool em vários locais no Brasil aponta que o acesso é o atributo da APS com pior avaliação, independentemente de ser ESF ou CS tradicional (MACINKO, ALMEIDA, DE SA, 2007; VAN STRALEN ET AL., 2008; CASTRO ET AL., 2012; CESAR ET AL., 2014; FERREIRA ET AL., 2016; CHOMATAS ET AL., 2013; DA SILVA E FRACOLLI, 2014; DA SILVA, BAITELON E FRACOLLI, 2015; DE PAULA ET AL., 2016). Há algum acesso melhor em locais do sudeste, com melhor condição sócio-econômica (ALVES ET AL., 2014; UCHÔA ET AL., 2016), e em alguns estudos na ESF, a qual mostra-se, geralmente, superior aos CS tradicionais (SOUZA ET AL., 2008; DE PAULA ET AL, 2016).

Através de observação *in loco* dos CS de Florianópolis, Luz (2009) registrou que em 84,5% dos CS o tempo de espera era de quatro semanas ou mais para atendimento. Havia pouco agendamento para enfermeiros e vários esquemas de avaliação para poucas vagas de “urgências” ou “acolhimento”, reservadas nas agendas dos médicos. A realidade local e nacional provavelmente melhorou muito (esperamos) na última década, mas não sabemos quanto.

Quanto ao acolhimento, a ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, a ausência de capacitação e de espaços democráticos para reorganizar o processo de trabalho têm colocado em questão a potencialidade dessa diretriz (MITRE E COL., 2012). Há grande heterogeneidade de práticas sob esta etiqueta, desde distribuição de fichas ou senhas para organizar a fila (SCHIMITH E LIMA, 2014), inclui seleção de quem vai preencher as vagas de ‘urgência’ das agendas, até conversas coletivas de toda equipe com usuários na primeira hora do turno, seguida de negociações individuais e atendimentos (CAVALCANTE ET AL., 2009). Em que pese seu valor histórico e político, e sua convergência com o acesso, a diretriz do acolhimento não acrescenta nenhum aspecto digno de nota ao que se espera do acesso nos serviços de APS e da qualidade da relação clínica, a não ser pela importância de lembrar que o acesso deve ser oportuno com alta qualidade relacional e de comunicação. Bem trabalhado, o acolhimento aumenta a reciprocidade e harmonia na equipe, necessários para um bom acesso (LOPES ET AL, 2015).

Como síntese geral, podemos afirmar que o acesso é ruim na APS brasileira, e isso se reflete nos demais atributos da APS e na efetividade do SUS como um todo.

## **Problemas e desafios**

Conill (2008) destaca que o acesso permanece como um grande nó crítico da APS. Várias situações críticas estão associadas e comprometem o acesso. Trataremos algumas delas já detectadas pelas pesquisas e pela prática como muito comuns.

Há forte concordância nas pesquisas sobre o acesso quanto à excessiva população vinculada às equipes de SF (ou quanto ao número reduzido de profissionais nos CS tradicionais). Sem dúvida, isso piora diretamente o acesso. Há grande centramento do atendimento nos médicos, mas Campos et al. (2014) apontam que nenhum sistema universal do mundo funciona sem garantir, com agilidade, o acesso ao médico generalista. Por exemplo, desde 2004 o National Health Service (NHS) britânico provê a seus usuários acesso a um profissional médico em 48 horas, e a outro profissional, geralmente enfermeiro, em 24 horas (MEADE; BROWN, 2006).

Outro problema é a priorização comum de pacientes assintomáticos pertencentes a grupos considerados comumente preferenciais: grávidas, hipertensos, crianças para puericultura etc. Herança histórica da tradição norte-americana que vê os CS como serviços educativos, preventivos e de saúde pública, esta característica preventivista atávica da APS brasileira se associa com a virada preventivista da própria medicina contemporânea e gera iniquidades, acirrando os problemas de acesso (HEATH, 2007; STARFIELD ET AL, 2008, GÉRVAS ET AL., 2008; TESSER E NORMAN, 2014; NORMAN E TESSER, 2015).

Outra herança atávica dos CS é a burocratização, traduzida como horários rígidos acompanhando o serviço público em geral, prejudicando os usuários que trabalham (e iriam após as 17 ou 18 horas) (FONTANA, DE LACERDA e MACHADO, 2016); recepções tipo guichê de cartório ou repartição públicas, com profissionais administrativos com pouca competência para realizar um bom acolhimento; pouca agilidade administrativa e a exigência de acesso presencial para resolver qualquer tipo de problema (TESSER et al, 2010; AZEVEDO e COSTA, 2010), em um sociedade em que o uso de telefone é relativamente generalizado. Talvez o maior indicador a esse respeito seja o quase nulo uso sistemático de telefone (e correio eletrônico) como meio corriqueiro de agendamento de consultas e orientações aos usuários (POLI NETO, ET AL, 2015), sobre o que não há dados nacionais no Brasil. Estes dois últimos problemas geram uma cultura em que a rotina de atendimentos de uma equipe de SF deve ser na sua grande maior parte previamente agendada, o que sustenta a permanência de rotinas de agendamento e de recepção que em si são problemáticas, pois rígidas e pouco adaptáveis as realidades locais e as necessidades e características dos usuários, com tendência a proteção dos profissionais do excesso de demanda, gerando precarização do acesso.

Quanto ao acesso aos especialistas, este é precário e relacionado à coordenação do cuidado e sua qualidade, bem como ao (mau) funcionamento do sistema de referência e contrarreferência. Isso vale também para a demora no recebimento dos resultados dos exames, a baixa resolubilidade da equipe de SF e a ausência de atendimento a pequenas urgências (AZEVEDO e COSTA, 2010). Tudo isso refere-se mais ao funcionamento sistêmico e à qualidade do cuidado na APS, o que foge ao escopo deste artigo.

Quanto especificamente ao acolhimento, sua prática restrita tem sido percebida pelos profissionais como mais uma tarefa entre outras, causando sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflito nas equipes, e ainda mais quando ações de ampliação de acesso são desenvolvidas (TESSER ET AL, 2010). Também o excessivo número de usuários vinculados a equipes de SF, a falta de ambiência e de recursos básicos e infraestrutura para funcionamento,

além de quantidade insuficiente de profissionais, falta de formação adequada desses profissionais para o trabalho na APS e poucos espaços para discussões e fortalecimento do trabalho em equipe são dificuldades para o acolhimento (OLIVEIRA E CORIOLANO-MARINUS, 2016; NOBRE ET AL., 2017). Devido a sua heterogeneidade e generalidade, o acolhimento não é uma diretriz operacionalizável claramente, sendo considerada incipiente como tecnologia assistencial (SISSON ET AL., 2011), se é que deve ser considerado assim. Talvez ele mereça manter-se centrado no aspecto relacional, um grande problema no Brasil, e deixar o aspecto de acesso para ser tratado como acesso, simplesmente (TESSER E NORMAN, 2014).

A escassez de médicos na APS com formação em medicina de família e comunidade, sua concentração em grandes áreas urbanas e a grande rotatividade dos profissionais nos serviços indiretamente prejudicam o acesso; seja pela falta de profissionais nos serviços, seja pelo não conhecimento de sua clientela devido à pouca permanência nas mesmas equipes, o que torna os atendimentos mais trabalhosos e de menor qualidade. Temos cerca de 4 mil médicos de família e comunidade no Brasil, menos de 10% dos médicos da ESF, sem contar os CS tradicionais, e bem menos ainda são os com residência em MFC (SCHEFFER, 2015). Para uma breve comparação, na Inglaterra, que tinha proporcionalmente menos generalistas que a média da União Européia, havia em 2009 quase 0,8 generalistas (general practitioners ou GP) por mil habitantes (BOYLE, 2011, p.196). Considerando que todos os generalistas de lá têm formação específica para o trabalho na APS, ou seja, são equivalentes aos nossos médicos de família e comunidade, o Brasil atualmente tem aproximadamente 0,02 médicos de família por mil habitantes (4 mil/207 milhões), quarenta vezes menos médicos capacitados para o trabalho na APS.

O pequeno número de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e sua qualidade heterogênea, associada a pequena tradição da especialidade no país são problemas de grande vulto só abordáveis através de ações em escala nacional, como iniciou o Programa mais Médicos (BRASIL, 2013), que todavia precisa ser aperfeiçoado e implantado na sua faceta de formação em MFC em grande escala, com redução proporcional de vagas em especialidades menos faltantes.

O financiamento federal da APS também é um grande problema, pois o SUS em geral não tem recebido suficiente aporte financeiro federal para alcançar a universalidade (SOARES E SANTOS, 2014). Em relação ao financiamento parcial da APS, o gasto federal vem diminuindo, enquanto o gasto municipal, que é principalmente vinculado à APS, vem

aumentando (MARQUES ET AL, 2016). Dada a concentração tributária na união, é imprescindível que esta aumente os repasses para os municípios privilegiando a ESF.

### **Estratégias para ampliação do acesso na APS**

A ESF deve continuar sendo priorizada como modelo da APS brasileira, por ser o único formato testado nacionalmente que facilita a concretização dos atributos da APS; ao contrário das recentes mudanças ocorridas na Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2017), que na prática diminuíram a importância da ESF no conjunto dos serviços de APS, e do vínculo entre população e equipe, consequentemente prejudicando a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, necessários para dar efetividade ao acesso.

Frente à precariedade do acesso e ao subdimensionamento da rede de serviços de APS, várias estratégias associadas em conjunto se impõem para melhorar o acesso. Ampliar a APS via ESF, ampliando o número de equipes de SF para ampliar a cobertura da ESF é uma delas. Além disso, há que diminuir o número de usuários vinculados a cada equipe, o que demanda um segundo aumento do número de equipes. Tendo como estimativa que 25% da população adulta adoece e procura ajuda profissional em um mês (GREEN ET AL, 2001), e que um médico atende a aproximadamente 500 pessoas por mês, o que dá mais de 500 consultas (considerando que a enfermeira faz uma parte desse atendimento), os ingleses determinam como máximo de pessoas vinculados a um generalista 2 mil usuários, sendo a média menor que isso (em condições sociais muito menos iníquas e patogênicas que o Brasil) (TESSER E NORMAN, 2014). Quase todos os países com APS forte acompanham este padrão (GIOVANELLA ET AL, 2008; MASSERIA ET AL 2009). Sem dúvida, 3 a 4 mil usuários em uma equipe de SF é um número excessivo e merece ser reduzido. Logo, há que expandir muito a ESF ainda, chegar em pelo menos 80% de cobertura da ESF, com equipes menos sobrecarregadas de usuários.

Os resultados acumulados convergem para a necessidade e desejabilidade de priorizar a conversão progressiva dos CS tradicionais para a ESF e continuar ampliando a ESF, com redução de sua população vinculada, para que seja viável o acesso universal de quem necessita de cuidado em poucos dias, mas com longitudinalidade. Isso demanda mais investimento federal tanto em normativas pró-ESF quanto em recursos financeiros que podem induzir a conversão, ao contrário da direção da nova Política Nacional de Atenção Básica, de 2017 (Brasil, 2017), que na prática não priorizou a ESF.

Em relação à vinculação, é fortemente desejável, além de reduzir a população vinculada, permitir algum grau de escolha (listas de usuários associadas com vinculação



territorial, por exemplo), para equilibrar a restrição de liberdade implícita na função filtro (GÉRVAS, 2013). Se a função filtro é necessária, ao menos que o usuário possa escolher a sua equipe se houverem outras equipes atuando na região ou no serviço, com algum limite geográfico, como em outros países. Mas uma vez escolhida, deve ser sua equipe de referência, o que é fundamental para a concretização dos atributos da APS, como nos demais países com APS forte. A existência de listas também induz e fomenta a responsabilidade clínica e sanitária, e o nascimento de uma cultura de “*accountability*” inexistente no Brasil, ao materializar o conjunto dos usuários aos quais o acesso oportuno e um bom cuidado deve ser oferecido, e pode ser cobrado, via auditorias por amostragem, indicadores etc.

Também é estratégico incentivar a interiorização e fixação de profissionais. O problema da interiorização dos médicos, sua escassez, alta rotatividade e pouca competência técnica (falta de formação adequada em MFC) tem sido paliada parcialmente com o Programa Mais Médicos. Apenas investimento sério em ampliação das residências em MFC e estruturação de gestão regional intermunicipal podem abrandar e superar estes problemas. A meta a ser perseguida é a exigência de residência em MFC para todos os futuros médicos generalistas da APS, em um futuro não remoto, em uma APS estruturada em torno da ESF que atenda a mais de 80% da população.

Visando melhoria da equidade no cuidado e no acesso, priorização de áreas de vazio assistencial e maior vulnerabilidade social, regionais e intramunicipais, deve estar associada à ampliação do acesso. Atualmente, quando existe, a priorização é intramunicipal e com ônus total para o município. Tal priorização pode ser de várias ordens e incluir inclusive estímulo financeiro e de carreira para interiorização e fixação de profissionais. Isso deve ser institucionalizado em regiões de saúde, para que transcenda os ciclos eleitorais municipais, o que é necessário também para diminuir a grande heterogeneidade da APS entre municípios (SANTOS E CAMPOS, 2015).

Outra estratégia necessária importante de ser disseminada é ampliar o acesso e o acolhimento via agilização organizacional e funcional das equipes de SF já existentes, e mesmo dos CS tradicionais, que podem e devem ser adaptados via construção de vinculação longitudinal a equipes ou profissionais através de listas de usuários. Isso significa diversificar formas de comunicação dos usuários com a equipe (NORMAN TESSER, 2015), com prioridade óbvia para o uso de telefone (além de correio eletrônico), que deve se transformar em recurso cotidiano de atendimento, agendamento e orientação, para usuários e profissionais. Tal comunicação facilitada maximiza o acesso e a comunicação entre equipe e usuários

vinculados, melhora o vínculo e evita atendimentos presenciais desnecessárias (POLI NETO ET AL, 2015).

Nessa direção vai também a estratégica necessidade de diminuição da rigidez das agendas, tornando-as mais inteligentes, aproximando-as da filosofia do chamado acesso avançado: fazer o serviço de hoje hoje (MURRAY, 2009, 2915; MENDES, 2016). Implícita nesta filosofia está a superação também necessária e estratégica da dicotomia hierarquizada entre demanda espontânea e programada, em que há hipervalorização da segunda. Isso torna o serviço mais acessível e rápido nas suas respostas, minimiza o empurrar para o futuro de ações clínicas, preventivas, administrativas, de coordenação e de gestão de cuidados.

Outrossim, a longitudinalidade da ESF (e nos CS tradicionais ela seria possível através de listas de pacientes) é a chave para o cuidado das situações crônicas, progressivamente mais proeminentes com o maior envelhecimento populacional. A multimorbidade daí decorrente exige longitudinalidade, pois dificulta o uso racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos, facilita a polifarmácia, aumenta a iatrogenia e a medicalização, gerando mais demanda e prejudicando acesso. Isso demanda qualificação clínica e muita prevenção quaternária (NORMAN E TESSER, 2015), tanto na clínica dos doentes (NORMAN E TESSER, 2015) como na prevenção (TESSER, 2017), com maior uso de desprescrição (GÓMEZ SANTANA ET AL., 2015), de cuidados paliativos e de abordagens menos medicalizadoras. Quanto a este último aspecto se destacam os problemas de saúde mental, de grande prevalência e relevância na APS.

A reforma psiquiátrica brasileira, grosso modo, ainda não chegou na APS, na qual ocorre uma excessiva e disseminada 'prescrição crônica de psicotrópicos' de efeito medicalizador e gerador de demanda infinita crescente em bola de neve na APS, com pouca resolubilidade, acirrando os problemas de acesso. Isso precisa ser enfrentado com muita educação permanente e matriciamento para viabilização de abordagens dos sofrimentos psíquicos e existenciais menos alienantes, medicalizadoras, iatrogênicas e viciantes, e por outro lado mais efetivas e empoderadoras do que o uso de psicofármacos, excessivamente comum. Para isso é estratégico aproximar da APS os saberes e técnicas da saúde mental vinculados à reforma psiquiátrica, conhecidos como atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2013). Eles precisam adentrar a APS e ser adaptados a ela e praticados pelos profissionais das equipes de SF e NASF tanto quanto possível. E a prática indica que muito é possível. Seu ecletismo terapêutico pode aproveitar as peculiaridades da APS propícias para esse fim, como o uso das práticas integrativas e complementares, os recursos comunitários, os vínculos fortes, os ACS, as atividades coletivas etc. (FROSI E TESSER, 2015; TESSER E SOUSA, 2012).

As práticas integrativas e complementares, para além de úteis e coerentes com a reforma psiquiátrica na abordagem de problemas de saúde mental na APS, (TESSER, SOUSA, 2012), podem ser ainda muito mais exploradas para o cuidado clínico em geral e a promoção de saúde, como já vem ocorrendo no mundo todo (WHO, 2013), melhorando a resolubilidade da APS.

Uma estratégia essencial de azeitamento e ampliação do trabalho em equipe necessário para um acesso oportuno é a valorização prática e o investimento concreto no trabalho clínico de todos da equipe, particularmente a enfermagem, já induzido pela diretriz do acolhimento. A enfermagem tem grande potência clínica, geralmente subaproveitada (SOUSA ET AL, 2015), tanto no acolhimento como no cuidado clínico, sobretudo em casos crônicos e ações preventivas, que são mais rotinizados por protocolos e ao mesmo tempo necessitam de grande empatia e capacidade de educação em saúde. Também têm grande capacidade de avaliar intercorrências e pequenas urgências, pelo que devem ser parceiras clínicas do médico tanto quanto possível. Uma educação permanente em serviço é necessária também para os agentes comunitários de saúde (ACS), que necessitam de tutores para aprendizagem em serviço, dada sua precária ou ausente formação técnica. Tais tutores são naturalmente o médico e enfermeiro da equipe de SF. Os ACS têm potencialidade de melhorar equidade e ajudar na comunicação e priorização de usuários mais vulneráveis, além de trazer uma visão dos usuários de um ponto de vista interno à comunidade, se forem valorizados nessa direção (MACIAZEKI-GOMES ET AL, 2016; RIQUINHO, ET AL, 2017).

Incrementando o compartilhamento clínico e a longitudinalidade, o acolhimento (primeiro contato) deve sempre que possível ser realizado por um profissional de saúde da equipe vinculada ao usuário, o que melhora a sua resolubilidade.

O acesso é diretamente ampliado com a extensão do horário de funcionamento dos CS para o horário noturno, que é também uma efetiva estratégia de sua ampliação (FONTANA, DE LACERDA e MACHADO, 2016). Os sábados também podem entrar nessa lógica, além de otimizar o uso do espaço físico.

Para a ampliação da agilidade e resolubilidade necessárias a um bom acesso, é necessário e estratégico o uso judicioso de tempos periódicos de organização, gestão e decisão coletivas na equipe de SF: as reuniões semanais. Elas são necessárias tanto para gestão dos processos de trabalho implicados no acesso oportuno quanto para elaboração de projetos terapêuticos, gestão das consultas e visitas domiciliares, ações de coordenação do cuidado para casos mais complexos, graves ou prioritários e outras ações e projetos clínico-sanitários e

administrativos. Gestão democrática e participativa das rotinas assistenciais que interferem diretamente no acesso e sua ampliação são necessárias para haver espírito de equipe, participação ativa e consciente e maior cooperação mútua entre profissionais (CAMPOS, 2000, 2015). Sem isso, é difícil implantar e manter um bom acesso e ao mesmo tempo um grau razoável de sustentabilidade do processo e satisfação dos profissionais, que são os principais protagonistas da construção e manutenção do acesso oportuno na APS na sua dimensão organizacional.

Embora indiretamente, a disponibilização de prontuário eletrônico (e-SUS) e sistemas de informações que facilitem e viabilizem o acesso à história clínica é essencial para um acesso adequado, o que implica em pesado investimento federal na melhoria e universalização do e-SUS.

Por último, o acesso deve ser objeto de regramento e metas claras, através de acordos e pactuações regionais e intramunicipais entre gestores, profissionais e representantes dos usuários (Conselhos de saúde), de modo a serem estabelecidos padrões pactuados de acesso (tempo espera, etc) que possam ser cobrados (fiscalizados) pela gestão local e pelos Conselhos Municipais de Saúde, associados com compromissos de manutenção de uma completude mínima nas equipes que viabilize tais padrões. Paradoxalmente, no Brasil, o acesso, o atributo da APS mais crucial, nunca foi objeto de regramento ao que sabemos, em nenhuma experiência municipal, embora alguns serviços tenham conseguido atingir padrões de acesso de boa qualidade, sem registro disponível na literatura científica, aqui assumido preliminarmente como atendimento dos usuários vinculados em menos de uma semana, preferencialmente em dois a três dias.

### **Considerações finais**

O acesso na APS brasileira é heterogêneo e pouco conhecido, mas as pesquisas disponíveis convergem para um diagnóstico de que permanece precário, envolvendo vários problemas associados, desde subdimensionamento das equipes (excesso de população vinculada), pouca interiorização e fixação dos profissionais, burocratização e rigidez no funcionamento dos serviços, infraestrutura inadequada, precária capacitação dos profissionais (sobretudo médicos), financiamento insuficiente, etc.

As estratégias principais para ampliação do acesso na APS para quase toda a população envolvem fortalecer e privilegiar a expansão da ESF associada à redução da população vinculada a cada equipe, além da conversão dos CS tradicionais à ESF,

É necessário e estratégico maior financiamento federal da APS focado na ESF, forte investimento na formação de médicos de família e comunidade (e educação permanente das equipes atuais), estímulo à sua interiorização e fixação, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade, exploração do trabalho em equipe e da potencialidade clínica da enfermagem, estímulo a gestão participativa e co-gestão dos processos e trabalho, flexibilização das agendas e assunção de que a APS deve praticar uma atenção à saúde que envolve situações agudas e crônicas em um contínuo de cuidados ampliados centrados na pessoa, na família e na comunidade pela mesma equipe.

## Referências

- ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas para o início do terceiro milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2002.
- Almeida P, Santos A, Santos V, Silveira Filho R. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc.* 2016; 25(2):320-335.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.
- ALVES, M. G. M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 34-51, out. 2014.
- ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 321-332, jun. 2017.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n.35, p.797-810, dez. 2010.
- BARBOSA SP. *Acesso à atenção primária à saúde em municípios de uma região de saúde de minas gerais*. (Tese de doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2013. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/507D.PDF> (acesso e 02 fev 2018)
- BOYLE, S. 'United Kingdom (England): health system review'. *Health Systems in Transition*, v.13, n.1, n.1, p.1-486, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. *Lei no 12.871 de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e no 6.932 de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013; 23 out.
- BRASIL. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 de setembro, Seção 1, p.68
- CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, Boston, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.
- CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. 2.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.
- CAMPOS, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade de acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, out. 2014.
- CASTRO, R. C. L. DE et al. Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of different types of services. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

- CAVALCANTE FILHO, J.B. et al. *Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado*. *Interface*, v.13, n.31, p.315-328, 2009.
- CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 29, p. 294–303, 8 nov. 2013.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. p. S7-S27, 2008.
- CESAR, M. C. et al. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38,n spe, p. 296-306, out. 2014.
- DA SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde debate*, v.38, n. 103, p. 692-705, dez. 2014.
- D'AVILA OP, PINTO LFS, HAUSER L, GONÇALVES RM, HARZHEIM E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 855–865, mar. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050018019>.
- Declaração de alma-ata*. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acesso em 02 fev 2018.
- DE PAULA, W. K. A. S. et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev Esc Enferma USP*, n. 50, v. 2, p. 335-345, 2016.
- FONTANA, K. C.; DE LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde: avaliação da gestão. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 110, p. 64-80, 2016.
- FERREIRA, V. D. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um município mineiro. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2016.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W. S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n.2, pp. 345-353.
- FROSI, R.V.; TESSER, C.D.. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.20, n.10, pp. 3151-3161, 2015.
- GÉRVAS, J.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 205-218, 2005.
- GÉRVAS J, STARFIELD B, HEATH I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet* 2008 Dec 6; 372 (9654): 1997-9.
- GÉRVAS J, PÉREZ-FERNÁNDEZ M. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Los libros del linco; 2013.
- GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 575-525, 2008.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, v. 9, n. 17, p. 287-301, ago. 2005.
- GÓMEZ SANTANA MC, GAVILÁN-MORAL E, VILLAFAINA-BARROSO A, JIMÉNEZ-DE GRACIA L. Prescripción prudente y deprescripción de fármacos como herramientas para la prevención cuaternaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1021](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1021)
- GREEN, LA; YAWN, BP; LANIER, D; DOVEY, SM; NOVO, W. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344(26),2021-5.
- HART J T. The inverse care law. *The Lancet* 1971; 27:405-412.
- HEATH I. In defence of a National sickness service. *BMJ*. 2007;334:19. <https://doi.org/10.1136/bmj.39066.541678.B7>
- HOMA L ET AL. A Participatory Model of the Paradox of Primary Care. *The Annals of Family Medicine*, 2015, 13.5: 456-465.

- LOPES, A. S.; VILAR, R. L. A.; MELO, R. H. V.; FRANÇA, R. C. S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.39, n. 104, p. 114-123, 2015.
- LUZ, J. *Implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis*. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- MACIAZEKI-GOMES, R.C. et al . O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n.5, p.1637-1646, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>.
- MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; DE SA, P. K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy and Planning*, v. 22, n. 3, p. 167–177, 1 maio 2007.
- MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. Fortalezas e fragilidades dos atendimentos nas unidades de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto contexto enferm*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-8, 2013.
- MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. (Org.). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento* / – Rio de Janeiro : ABrES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p.
- MASSERIA C, IRWIN R, THOMPSON S, GEMMILL M, MOSSIALOS E : *Primary Care in Europe: a policy brief*. London School of Economics and Political Science, 2009.
- MEADE, J. G.; BROWN, J. S. Improving access for patients: a practice manager questionnaire. *BioMed Central Family Practice*, London, v. 7, n. 37, 2006.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010.
- MENDES, E.V. *Orientações e instrumentos para a organização do acesso à atenção primária à saúde*. s/e. 2016 (trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Disponível em: [https://scholar.google.es/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=agenda+inteligente+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria+&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=agenda+inteligente+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria+&btnG=)
- MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.8, p.2071-2085, 2012.
- MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*, Chicago, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003. NHS - NATIONAL HEALTH SERVICE. Improving access, responding to patients: a ‘how-to’ guide for GP practices, 2009.
- MURRAY M. Open access on advanced access scheduling. In: Institute of Medicine. *Transforming health care scheduling and access: getting to now*. Washington, The National Academies Press, 2015.
- NHS - NATIONAL HEALTH SERVICE. *Improving access, responding to patients: a ‘how-to’ guide for GP practices*, 2009
- NOBRE, J.P.S. ET AL. A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE O ACOLHIMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA. *Revista Expressão Católica Saúde*, [S.l.], v. 1, n. 1, jun. 2017. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.fcrcs.edu.br/index.php/recsaude/article/view/1364>>. Acesso em: 02 Fev. 2018.
- NORMAN AH; TESSER, CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc*. São Paulo, v.24, n.1, p.165-179, 2015.
- NORMAN AH, TESSER CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v.10, n.35, p.1-10, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1011](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1011)
- OLIVEIRA, C.V.S.; CORIOLANO-MARINUS, M.W.L. Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. *Saúde em Redes*. 2016; 2(2):211-225.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8 ed. Rio de Janeiro: CEPES, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009. p. 69-115.



- POLI NETO P, TESSER CD, MONTEIRO HG, BOSO P, LEMOS G. O uso do correio eletrônico na comunicação entre usuários e uma equipe de saúde da família: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(37)1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1167](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1167)
- RIQUINHO, D.L et al.. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.163-182, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>.
- RODRIGUES, L.B.B. et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, v.19, n.2, p.343-352, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.
- SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde de Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, 2004.
- SILVA, L. A.; CHAVES, S. C. L.; CASOTTI, C. A. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.
- SILVA, S. A.; BAITELLO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, v.23, n.5, p.979-87, 2015.
- SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação na rede assistencial. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p.991-1004, 2011.
- SOARES, A; SANTOS, NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.38, n.100, p.18-25, 2014 . <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140002>.
- SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.
- SOUSA, L.D. et al . A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n.2, p.494-500, abr. 2011 . <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200027>.
- SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, . v.24, suppl.1, p.s100-s110, 2008.
- STARFIELD B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia*. 1ª Ed. Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002.
- STARFIELD, B; HYDE, J; GÉRVAS, J; HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(7);580-583 . doi:10.1136/jech.2007.071027.
- STOPA SR, MALTA DC, MONTEIRO CN, SZWARCOWALD CL, GOLDBAUM M, GALVÃO CESAR CL. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:3s. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0351.pdf>
- STRINGHINI, S. al.. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *The Lancet* , 2017; v.389, Issue 10075, p.1229-1237.
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-477.
- TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saude soc*. v.21, n.2, p.336-350, 2012.
- TESSER, C.D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 51, 116, 2017 . <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000041>.
- TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3615-3624.



TESSER, C.D, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude soc.*, Set 2014, vol.23, no.3, p.869-883. ISSN 0104-1290

UCHOA, S. A. C. et al. Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 24:e2672, p. 1-30, 2016.

VAN STRALEN, C. J. et al. Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. Suppl 1, p. S148–S158, 2008.

WHO. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2013.