

Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde

Access to healthcare in the Family Health Strategy: balance between same day access and prevention/health promotion

Armando Henrique Norman¹

Durham University. Department of Anthropology. Durham, England.

E-mail: a.h.norman@durham.ac.uk

Charles Dalcanale Tesser²

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: charles.tesser@ufsc.br

Resumo

Este artigo propõe algumas diretrizes para a organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF), relacionadas aos desafios de prover acesso e equilibrar no cotidiano dos serviços ações de prevenção de agravos e promoção da saúde com o cuidado ao adoecimento. Primeiramente, apresenta algumas ideias específicas sobre a importância do acesso para a qualidade dos serviços de saúde, seguidas de uma crítica sintética - fundamentada nos conceitos de Geoffrey Rose - à estratégia preventiva de alto risco, que tem tido alto impacto na organização das rotinas assistenciais. A seguir, contextualiza a promoção da saúde relacionada ao cuidado individual na APS/ESF, discutindo o potencial sinérgico do cuidado e da promoção da saúde, em suas dimensões individuais e coletivas, para transcender o modelo biomédico/mecanicista. Finalmente, apoiado nos tópicos anteriores, no que tange aos seus desdobramentos operacionais e utilizando um exemplo concreto, propõe algumas diretrizes para a organização do trabalho e das agendas de médicos e enfermeiros da ESF, de modo a viabilizar equilíbrio e sinergia entre acesso ao cuidado e prevenção/promoção, com vistas ao fortalecimento da ESF como coordenadora local do cuidado e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde; Prevenção de doenças; Políticas; Planejamento e Administração em Saúde.

Correspondência

Armando Henrique Norman
Department of Anthropology. Durham University.
Dawson Building, South Road.
DH1 3LE. Durham, England.

¹ Bolsista CAPES: processo n. 1032/12-7

² Apoio financeiro do CNPq: processo n. 312989/2013-0

Abstract

This article presents some guidelines for organizing the working process in Primary Health Care (PHC) and Family Health Strategy (FHS) concerning the challenges of providing access and balancing the everyday healthcare services activities which includes health promotion and prevention of diseases, as well as access for those suffering ill-health. Firstly, it addresses some specific ideas about the importance of access to the quality of the health care services, followed by a brief critique - based on Geoffrey Rose's concepts - to the high-risk preventive strategy that has had high impact on health care organizational routines. Secondly, it contextualizes health promotion and its relations to individual health care in PHC/FHS, discussing the synergic potential of care and health promotion in their individual and collective dimensions to transcend the biomedical-mechanistic model. Finally, based on the above topics and concerning their operational consequences, as well as using a concrete example, it outlines general guidelines for organizing the working process and the agenda of doctors and nurses in the FHS, in order to facilitate both balance and synergy between access to health care and prevention/promotion, aiming to strengthen the FHS as local coordinator of care and main entrance of the Brazilian National Health System.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Services; Access; Disease Prevention; Health Public Policy.

Introdução

Em sociedades consideradas desenvolvidas entende-se que o Estado é responsável por ações de proteção da vida, promoção da saúde, prevenção e organização da prestação de cuidados aos enfermos. Na produção de saúde, os sistemas de saúde têm um campo específico muito valioso, porém limitado, visto que se produz mais saúde a partir de outros setores da sociedade: educação formal, justa redistribuição da riqueza, efetiva implantação da democracia e da transparência no poder público, desenvolvimento de uma profissão/trabalho em condições aceitáveis e acesso à moradia digna, com água potável e saneamento básico (Gérvas, 2008; WHO, 2009). Logo, a prevenção de enfermidades e agravos e o cuidado aos adoecimentos são mais diretamente dependentes do sistema de saúde, enquanto as demais responsabilidades pertencem principalmente a outros setores do Estado e da sociedade.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se fortalecendo como um dos principais instrumentos governamentais de proteção à vida dos cidadãos, desempenhando pelo menos dois tipos de função: de saúde pública e de assistência aos adoecimentos. O modelo proposto de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido a Estratégia Saúde da Família (ESF). Na lógica da função-filtro da APS (Gérvas; Pérez-Fernández, 2005), essencial para a efetividade, equidade e racionalidade do cuidado, a ESF carrega essa dupla natureza: o cuidado clínico e a promoção da saúde/prevenção de doenças.

Esse binômio entre cuidado clínico e atividades de promoção/prevenção em relação à organização dos serviços de APS foi pioneiramente debatido no Brasil por Campos (1991) e Schraiber (1990). Campos valorizando o cuidado individual e a função sanitária como direitos de cidadania e objetos da APS, assentado na tradição clínica e na interdependência dos saberes/tecnologias clínicos e epidemiológicos. Schraiber valorizando ações programáticas (cujo objeto é a “saúde-doença no coletivo”), fazendo uma distinção entre clínica e epidemiologia e propondo a segunda como principal critério organizativo da APS, por sua vez fundamentada na tradição sanitária e de planejamento, em um momento em que a cobertura dos serviços de APS era muito tímida e

estava longe da universalidade pretendida. Outras variantes, como a vigilância à saúde (Paim, 2003) e os sistemas locais de saúde baseados em distritos sanitários (Mendes, 1993), também foram propostas, mais assemelhadas à lógica programática.

Atualmente a expansão/construção da APS/ESF e a intensificação do mútuo atravessamento desses saberes/tecnologias indicam a necessidade dos dois enfoques. Paim (2008) e Coelho (2008), ao sintetizarem os modelos assistenciais para o SUS e a APS, concordam que essas propostas são mais complementares do que antagônicas e que as práticas assistenciais deveriam incluí-las. Portanto, encontrar um equilíbrio entre prevenção de agravos, promoção da saúde e tratamento do adoecer transforma-se em desafio diário para profissionais e serviços da APS/ESF (Gérvias; Starfield; Heath, 2008).

Se, por um lado, a discussão sobre prevenção/promoção e cuidado na organização dos serviços não é novidade, contendo farta literatura, o mesmo não se pode afirmar sobre sua operacionalização, especificamente quanto ao equilíbrio mencionado e sua configuração nas rotinas assistenciais dos serviços da APS/ESF. Sob esta última perspectiva, a operacional, uma busca assistemática realizada nas bases de dados bibliográficas foi frustrante, o que sugere inexistir acúmulo consensual caracterizador de um “estado da arte” relativo ao tema em questão, com escassez de diretrizes operacionais claras para a organização do trabalho das equipes da ESF (Tesser; Norman, 2014).

O objetivo deste artigo é apresentar e fundamentar algumas diretrizes para a organização do trabalho dos profissionais da ESF, mais especificamente médicos e enfermeiros, enfocando o tema do acesso e a necessidade de equilíbrio entre ações de prevenção/promoção e de cuidado aos doentes. Primeiramente, são expostas algumas ideias sobre a importância do acesso para a qualidade dos serviços. Segue-se uma crítica sintética - fundamentada em Geoffrey Rose (1985, 2010) - à estratégia preventiva de alto risco, que tem tido forte impacto nas rotinas assistenciais (Gusso, 2009). Adiante é abordada a promoção da saúde relacionada ao cuidado na APS/

ESF³. Finalmente, apoiando-se na discussão precedente, este artigo discorre sobre diretrizes operacionais para os serviços de APS/ESF que persistem pouco presentes ou pouco discutidas pelas equipes da ESF, gestores e pela saúde coletiva.

Acesso: pilar da qualidade dos serviços em saúde

Avedis Donabedian foi pioneiro ao estruturar um sistema avaliativo referente à qualidade dos serviços em saúde em três dimensões: estrutura, processos e resultados (Raffle; Gray, 2007). Como firmado por Donabedian (2005, p. 692), “[...] os critérios de qualidade não são nada mais do que juízos de valor’, o que pressupõe que a definição de “qualidade” é um “[...] reflexo de valores e objetivos do sistema de assistência à saúde e da sociedade como um todo, da qual o sistema de saúde faz parte”. Assim, os serviços de saúde, devido à riqueza e à complexidade dos seus cenários, podem receber uma definição mais abrangente de qualidade, como uma construção puramente social, até uma definição mais objetiva envolvendo basicamente dois aspectos: acesso e efetividade (Kordowicz; Ashworth, 2013).

Independentemente da perspectiva adotada, a definição de qualidade dos serviços em saúde deveria abranger tanto a dimensão individual do cuidado como a populacional. Nesse sentido, Campbell e Roland (2000), ao adotarem uma perspectiva “objetiva” da qualidade dos sistemas de saúde formais, tanto em sua dimensão individual quanto populacional, situam o acesso como condição *sine qua non* para a qualidade dos serviços de saúde (Quadro 1).

Conforme se observa no Quadro 1, a qualidade do sistema de saúde, na dimensão do cuidado individual, está balizada pelo acesso e pela efetividade do cuidado prestado, enquanto a dimensão populacional, em função da otimização dos recursos, está ancorada no trinômio equidade, eficiência e custo. Comum às duas dimensões está o acesso - visto que a equidade é apenas um subcomponente do acesso -, relevante tanto para as estruturas quanto para os processos de trabalho nos serviços de saúde. Equi-

3 Uma discussão mais ampla relacionando acesso e promoção da saúde nas rotinas dos serviços de APS, complementar à aqui apresentada, encontra-se em Tesser e Norman (2014).

Quadro 1 - Dimensão individual e populacional da qualidade dos serviços de saúde.

	Componentes básicos	Definição de qualidade
Dimensão individual	Acesso e efetividade	"Está na dependência de duas condições: os indivíduos terem acesso às estruturas e processos de cuidado para os quais necessitam; e se o cuidado recebido foi efetivo" (p. 1614).
Dimensão populacional	Equidade, eficiência e custos	"A capacidade de acesso ao cuidado efetivo de modo eficiente, com base na equidade, a fim de serem otimizados os benefícios e o bem-estar em saúde para toda a população" (p. 1617).

Fonte: Elaborado a partir de Campbell e Roland (2000).

dade refere-se à justiça social do acesso, na medida em que os recursos são mobilizados para refletir a necessidade de uma determinada população (Chapman et al., 2004). Em outras palavras, a equidade no plano horizontal implica cuidados efetivos acessíveis a todos os usuários, mas que no plano vertical este acesso seja maior para os que mais necessitem (Starfield, 2011; Gulliford et al., 2002).

O tema do acesso é tão fundamental para a qualidade dos sistemas de saúde que o governo britânico determinou que, a partir de abril de 2004, a população passasse a ter seu acesso a um profissional médico da APS em no máximo 48 horas e a qualquer outro profissional da APS, geralmente uma enfermeira da equipe, em 24 horas (Meade; Brown, 2006). Essa preocupação em facilitar o acesso objetivou auxiliar as pessoas a terem maior controle sobre os recursos em saúde, a fim de preservar ou melhorar a sua saúde (Gulliford et al., 2002). Embora definir acesso seja uma tarefa difícil, principalmente o que seja um alto grau de acessibilidade aos serviços, do ponto de vista dos indivíduos, um bom acesso é aquele em que o paciente consegue obter "[...] o serviço de saúde correto, no tempo e lugar correto" (Rogers; Entwistle; Pencheon, 1999, p. 866); em essência: o usuário consegue o cuidado quando dele necessita.

Nesse sentido, Starfield et al. (2008) propõem dois questionamentos: 1) é justificável que consultas de *check-up* constituam quase metade de todas as visitas aos serviços de saúde nos Estados Unidos, onde muitas pessoas carecem de cuidados médicos?; 2) ainda é útil o conceito de prevenção com crescente foco em uma ou várias doenças ou fatores de risco em particular? Esse alerta reflete a importância de se traçar prioridades na organização do cuidado visando a redução das iniquidades em saúde das

populações, pois a ênfase preventivista pode desviar o acesso para os assintomáticos, resultando na lei de cuidados inversos, "[...] em que a disponibilidade por uma boa assistência médica tende a variar inversamente com a necessidade da população atendida" (Hart, 1971, p. 412). Essa ênfase preventivista pode resultar em uma escalada de cuidados preventivos medicalizantes e pouco efetivos, que fortalecem o mercado de procedimentos e a lógica consumista a ele atrelada (Montori; Isley; Guyatt, 2007).

Geoffrey Rose: críticas à estratégia preventiva de alto risco

A ideia de prevenção parte de uma noção de tempo linear - em que se pretende impedir um episódio indesejável no futuro -, na qual se faz uma distinção entre ações preventivas que visam impedir a ocorrência das doenças (prevenção primária) e aquelas que detêm ou retardam sua progressão ou sequelas (prevenção secundária) (Leavell; Clark, 1976). Existem ações preventivas simples e seguras de serem executadas e avaliadas, enquanto outras, mais complexas, podem ser diferentemente avaliadas pelas pessoas, podem causar danos e seus benefícios não são diretamente transferíveis aos indivíduos (Gérvás, 2008).

Geoffrey Rose (2010) discutiu as bases da medicina preventiva em relação à redução dos fatores de risco de doenças cardiovasculares, classificando as ações preventivas em medidas de amplitude populacional e medidas de alto risco. O presente artigo foca nas medidas de alto risco por se tratarem de atividades cada vez mais valorizadas na APS/ESF.

Essa abordagem refere-se à estratégia de classificar pessoas selecionando o grupo de alto risco para

a aplicação de uma medida preventiva: separar uma minoria “problema” do restante da sociedade considerada “normal” (Rose, 2010). Apesar de racionalmente intuitiva para pacientes e profissionais, essa abordagem apresenta pequeno impacto para a saúde pública, visto que um grande número de pessoas submetidas a um pequeno risco produzirá mais casos de doença do que um pequeno grupo com alto risco (Rose, 1985). Exemplificando: gestantes abaixo de 30 anos, apesar de apresentarem baixo risco, como

são numerosas, geram metade das crianças nascidas com síndrome de Down; enquanto gestantes de alto risco (≥ 40 anos) geram somente 13% das mesmas (Rose, 1985). Isso acontece nas várias situações em que o risco é distribuído universalmente na população, como na hipertensão arterial (Chor; Faerstein, 2000) (Quadro 2). A imagem mais ilustrativa é a do *iceberg*: a ponta visível (grupo de alto risco) apenas indica a existência de uma massa muito maior que a sustenta e a produz.

Quadro 2 - Vantagens e desvantagens da abordagem de alto risco

Abordagem de alto risco	
Vantagens	Desvantagens
A intervenção é apropriada ao indivíduo	A prevenção se torna medicalização
Evita intervir nas pessoas que não têm alto risco	O sucesso é paliativo e temporário
Oferece um uso custo-efetivo dos recursos	É comportamentalmente inadequada
Acomoda-se rapidamente dentro das organizações dos serviços	É limitada pela pouca capacidade de predizer o futuro dos indivíduos
Sua seletividade melhora a razão risco-benefício	Apresenta problema e custos para sua realização
	Contribuição para o controle global da doença é frustrante

Fonte: elaborado a partir de Rose (2010).

Apesar de seu pequeno impacto na saúde pública, a estratégia de alto risco vem se expandindo por meio do rebaixamento dos pontos de corte, classificando porções populacionais progressivamente maiores como de “alto risco” ou doentes, multiplicando os seus inconvenientes e gerando mais demandas para a APS/ESF (Starfield et al., 2008).

Ações na abordagem de alto risco associam-se à prevenção secundária, que rastreia e trata riscos, condições e doenças como hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, cânceres etc. Os rastreamentos de doenças mimetizam a “engrenagem” do alto risco com intervenções individuais repetidas, mantidas por várias gerações, utilizando tecnologias comumente duras e caras, produzindo pré-doenças, pseudodoenças, sobrediagnósticos e sobretratamentos, bem como ocasionando danos significativos e medicalização social (Welch; Schwartz; Wolosin, 2011). Rastrear e tratar não reduz suscetibilidade, não aborda causas e tem pouco impacto na morbimortalidade coletiva. Por exemplo, a redução da mortalidade por câncer de mama através de rastre-

amento foi questionada (Jørgensen; Zahl; Gøtzsche, 2010) e estimada em apenas 15% em outros estudos (Silva, 2012). Gøtzsche e Jørgensen (2013) alertam para os danos significativos atribuídos ao sobrediagnóstico e sobretratamento (Bleyer; Welch, 2012; Welch, 2011). A relação entre danos e benefícios desse rastreamento começa a ficar inconclusiva ou desfavorável, questionando a indicação generalizada de rastreamento com mamografia, uma vez que a radioterapia em grupo de baixo risco (mulheres com achados patológicos resultantes do rastreamento) pode trazer consequências importantes, tais como excesso de mortalidade atribuída à insuficiência cardíaca (27%) e câncer de pulmão (78%) (Gøtzsche; Jørgensen, 2013). Portanto, propostas de programas organizados de rastreamento (Brasil, 2010) necessitam de revisão à luz das novas evidências, para que as informações, dentro dos programas organizados, sejam decodificadas em linguagem de fácil entendimento, que retrate também os danos potenciais (Spiegelhalter, 2011), empoderando usuários (no caso acima, as mulheres) na tomada de decisão sobre

sua saúde e seus corpos e auxiliando profissionais a exercerem a prevenção quaternária, tão necessária a uma APS de qualidade (Norman; Tesser, 2009).

Os requisitos éticos para estabelecimento de intervenções preventivas são muito mais rigorosos do que nas situações clínicas de cuidado ao adoecimento, pois quando os profissionais de saúde transmitem a noção de risco a seus pacientes podem estar “[...] derramando uma gota de tinta na água cristalina de suas identidades, que poderá não mais ser clareada” (Sweeney, 2005, p. 222). Assim, algumas potenciais consequências de medidas preventivas incluem “[...] abalos das capacidades culturais e individuais para lidar com a doença, a dor e a morte, (...) e aumento de medos previamente inexistentes” (Gérvás; Starfield; Heath, 2008, p. 1997). O rigor avaliativo das intervenções preventivas deve ser determinante para o estabelecimento de oferta desses cuidados, que somente devem ser realizados quando houver segurança de que trarão mais benefícios do que danos - segurança esta obtida por evidências científicas de boa qualidade e avalizadas por instituições amplas e idôneas (Raffle; Gray, 2007).

Isso é importante porque a medicalização de estados pré-doença e de fatores de risco vem se tornando regra, com metas cada vez mais rígidas e de difícil alcance - necessitando uso de medicação - para hipertensão, colesterol, osteopenia e obesidade. A perspectiva de se comercializar medicações já existentes para pessoas saudáveis contribui enormemente para a expansão do mercado dessas drogas, aumenta os custos para a sociedade e os serviços de saúde, podendo reduzir a qualidade de vida ao converter pessoas saudáveis em pacientes (Montori; Isley; Guyatt, 2007). Esse ideário preventivo pode estar prejudicando o acesso aos serviços de saúde, o que, do ponto de vista da equidade, é eticamente questionável (Heath, 2007), ao privilegiar pessoas sadias portadoras de algum marcador biomédico de risco (grande parte delas alçadas à condição de doentes pela medicalização dos riscos) em detrimento das pessoas sensivelmente doentes.

Portanto, os maiores desafios ao se propor políticas de saúde preventivas estão em estabelecer prioridades para a melhoria da saúde em geral, tais como: redução das taxas de mortalidade global por faixa etária específica, melhoria da expectativa de

vida e redução da incapacidade e da percepção de má saúde, em vez de doença por doença (Starfield et al., 2008). Para Rose (2010), as instituições (ministérios, secretarias de Saúde, associações profissionais, lideranças políticas, representantes civis, mídia) teriam um papel relevante ao colocar em debate políticas preventivas e promocionais de amplitude populacional e questões sociais, econômicas, culturais e de infraestrutura (alimentação, trabalho, distribuição da riqueza, lazer, mobilidade segura e sustentável, entre outras), pilares fundamentais da promoção da saúde (WHO, 2009). Essa tem sido a tônica das convergências a respeito dos determinantes sociais da saúde, considerados de alto impacto sobre a qualidade de vida e a morbimortalidade coletiva, dentre os quais se destaca a distribuição da riqueza, visto que a pobreza e a iniquidade socioeconômica prejudicam a saúde das sociedades como um todo (Wilkinson; Pickett, 2010).

Promoção da saúde e alívio do sofrimento

A mudança no perfil da mortalidade percebida nas últimas décadas nos países desenvolvidos não obteve o mesmo efeito no que tange ao sofrimento. Barsky (1988) denominou esse fenômeno como “paradoxo da saúde”: embora objetivamente a saúde tenha melhorado subjetivamente as pessoas sentem-se mais “doentes”. O autor destaca quatro razões para essa discrepância: 1) a redução da mortalidade por doenças infecciosas resultou, comparativamente, no aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; 2) houve um despertar da consciência com relação à saúde, conduzindo a um maior autoexame, amplificando a consciência corporal para sintomas e sentimentos de enfermidade; 3) a disseminada comercialização da saúde e um crescente foco sobre questões de saúde na mídia criaram uma atmosfera de apreensão, alarme e insegurança sobre doenças e fatores de risco; 4) a progressiva medicalização da vida diária trouxe expectativas irrealistas de cura/prevenção, fazendo com que enfermidades intratáveis, riscos e mal-estares pareçam ainda piores. Essas razões, presentes também no Brasil, intensificadas pelas precárias condições sociais, geram evidente aumento de demanda para a APS.

A questão do sofrimento e sua relação com adoecimentos orgânicos têm sido pouco abordadas na literatura e na prática assistencial médica (Sweeney, 2005). Com base na observação clínica faz-se uma distinção entre sofrimento e distresse físico: o sofrimento é vivenciado pelas pessoas, não meramente pelos seus corpos, e tem sua fonte nas ameaças à sua integridade como um complexo social e entidade psicológica, podendo incluir dor física, mas não se limitando a ela (Cassel, 1982; Helman, 2007).

O alívio do sofrimento e a cura/tratamento das doenças devem ser vistos como uma obrigação indissociável dos profissionais de saúde (Heath, 2007); porém, caso não entendam a natureza do sofrimento das pessoas, esses profissionais podem produzir intervenções que não o aliviam ou mesmo que sejam fontes de sofrimento. Desse modo, o seu alívio deveria ser uma das finalidades fundamentais do cuidado em saúde (Cassel, 1982).

Se, por um lado, saúde não implica necessariamente ausência de doença, por outro, a promoção da saúde implica em alívio de sofrimentos, visto que tanto o conceito de saúde como o de sofrimento extrapolam as fronteiras da biomedicina. Portanto, para o alívio do sofrimento, para a promoção da saúde e para uma melhor compreensão da pessoa, não se pode reduzi-la em suas partes, sistemas ou riscos. O método científico analítico/reducionista, relativamente bem sucedido na biologia humana, pouco auxilia na compreensão da pessoa como um todo, e qualquer proposta de simplificação mecânico-bioquímica-estatística deveria desaparecer da definição de sofrimento (Cassel, 1982), implicando uma visão desmedicalizante do cuidado na APS (Tesser, 2010), especialmente em saúde mental (Tesser; Teixeira, 2011).

Assim, a promoção da saúde (em sua dimensão micro) e a assistência ao indivíduo podem ser sinérgicas quanto ao alívio do sofrimento, pois todos os aspectos da pessoa – sua vida passada e familiar, cultura e sociedade, papéis, associações e relacionamentos, o corpo, o inconsciente, o ser político, a vida secreta, a percepção do futuro e dimensões transcendentais – estão sujeitos a perdas e danos (Cassel, 1982). Com isso ressalta-se o caráter indissociável da promoção da saúde e do cuidado, que convergem numa clínica centrada na pessoa, na família e na

comunidade (McWhinney, 2010, 1996).

A integração entre promoção/prevenção e acesso ao cuidado é valor primordial na APS/ESF e pode ser amplificada por medidas de abordagem populacional, por exemplo: aconselhar indivíduos/comunidades sob seus cuidados a pararem de fumar ou estimular a prática de atividade física e produzir ações de abordagem populacional (políticas públicas e legislações criando áreas de lazer e mobilidade sustentável etc.) são medidas que podem ser exploradas, resultando sinérgicas quando associadas, sendo a segunda mais impactante. Deve-se considerar, todavia, que a efetividade de orientações individuais e comunitárias torna-se restrita em condições sociais, culturais e existenciais adversas ou impeditivas, situações muito comuns no Brasil. Assim, os profissionais não devem culpabilizar os usuários (Castiel; Guilam; Ferreira, 2010) quando constatam que suas recomendações são pouco efetivas na promoção de “estilos de vida saudável”.

Se a promoção da saúde (macroações) e a abordagem preventiva populacional dependem principalmente de medidas que estão além da esfera dos serviços de saúde da APS/ESF (embora possa envolvê-la), o atendimento individual ou por meio de microações coletivas é atividade de promoção da saúde possível e desejável, se em seu cerne houver o compromisso em responder ao sofrimento dos indivíduos. A atuação local sobre determinantes coletivos e sociais deve ser almejada, porém não deve prejudicar a função de cuidado longitudinal das pessoas, “vocaçã” social intrínseca dos profissionais de saúde da APS/ESF (Heath, 2007; Sweeney, 2005). Assim, a promoção obtém legitimidade pelo compromisso diário no exercício do cuidado (Tesser; Norman, 2014), que, levado à profundidade, volta-se para abordagens ampliadas e empoderadoras. Ações promocionais e preventivas descoladas das necessidades sentidas pela população podem e devem ocorrer, mas sem ocupar considerável tempo de médicos e enfermagem, sendo, portanto, fundamental integrar ações criteriosas de promoção/prevenção com acesso rápido ao cuidado longitudinal na APS/ESF.

A partir dos tópicos precedentes torna-se crucial para a operacionalidade dos serviços de APS/ESF prover fácil acesso aos usuários demandantes, de modo compatibilizado e sinérgico, com ações pre-

ventivas e promocionais criteriosas, evitando-se deixar ações preventivas de alto risco ou mesmo promocionais (para indivíduos saudáveis) competirem com o cuidado ao adoecimento vivenciado nas agendas dos serviços, minimizando a medicalização da prevenção. Coerentemente, algumas estratégias de organização das agendas de médicos e enfermeiros são adiante formuladas, por meio de um exemplo concreto.

Agenda equilibrada: o exemplo do Centro de Saúde Tapera

Em março de 2007 iniciou-se no Centro de Saúde Tapera o Programa Integrado de Residência em Saúde da Família (Prisf), vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. A introdução do Prisf no CS Tapera produziu grandes transformações no serviço, pois houve substituição de quase a totalidade dos profissionais de nível superior pelos tutores e residentes vinculados ao programa.

Tapera é um bairro periférico de difícil acesso, com população de aproximadamente 12 mil habitantes, sendo uma das comunidades socioeconomicamente mais desfavorecidas de Florianópolis. No processo de ocupação do bairro utilizaram-se aterros que avançaram sobre mangues, com valas de esgoto a céu aberto, sem o tratamento devido. Há poucos equipamentos sociais (escolas, creches, postos policiais, nenhuma área de lazer formal e precária pavimentação das ruas), sendo seus moradores, na maioria, ocupados em serviços braçais. Atualmente o CS Tapera possui quatro equipes de ESF (em 2007 eram apenas três), cada uma com cerca de três mil usuários adscritos, e dois consultórios por equipe, além dos demais recursos básicos (auditório para atividades coletivas, sala de curativos, vacinas etc.). Portanto, trata-se de bairro relativamente semelhante a muitas realidades das equipes de ESF que atuam no país.

A renovação de profissionais culminou na necessidade de mudança do processo de trabalho para organizá-lo na lógica da ESF. O cenário anterior à entrada do Prisf era de uma relação enrijecida e

burocratizada com a população. Havia um “cardápio” de serviços organizados em forma de agenda, centrado em consultas médicas (e, quando existiam, de enfermagem) e outros serviços, como vacinações, curativos etc. O número de vagas na agenda era limitado, com um “dia” da semana para o agendamento: quando acabava a oferta, terminava o acesso ao cuidado, o que Tesser, Poli Neto e Campos (2010) definiram como uma mistura de lógica de consultório privado em sinergia com uma repartição pública.

A estratégia para operacionalizar mudanças foi dialogar com a população organizada (Conselho Comunitário, já existente, e fórum local de saúde, espaço criado pelos residentes com intuito de fomentar o Conselho Local de Saúde - CLS, até então inexistente) para compatibilizar necessidades do serviço com reivindicações da comunidade, cuja prioridade era acesso ao cuidado clínico. Nesses encontros foi proposto que cada equipe da ESF se responsabilizasse pela demanda de sua área de abrangência (visto que anteriormente não se trabalhava por adscrição de clientela) e que todos os componentes da equipe participassem de alguma forma desse atendimento. As agendas médicas e de enfermagem foram reorganizadas para seis agendamentos de 20 minutos por período de quatro horas, sendo que em qualquer dia da semana as duas primeiras horas da manhã e da tarde foram destinadas às demandas diárias; o restante do tempo foi reservado a atendimentos agendados, visitas domiciliares (VD), reuniões de equipe e atividades coletivas (Quadro 3).

Os centros de saúde que buscam implantar a diretriz do acolhimento utilizam basicamente dois modos de organização do processo de trabalho: um que valoriza o território e a longitudinalidade na assistência à demanda espontânea e outro que não valoriza. No primeiro, a demanda é atendida pela equipe da área de abrangência e no segundo, independentemente dessa relação. Neste último, organiza-se algo como uma equipe de “plantão”, com profissionais nessa função, atendendo à demanda espontânea no dia ou em um dos períodos de funcionamento da unidade. Para eles, comumente, esse tipo de atividade funciona como “a cota de sofrimento da semana”. Nesse caso, a demanda é um fardo, não algo que a equipe entende como sua

Quadro 3 - Semana padrão da equipe 260 do Centro de Saúde Tapera

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda
Agenda	Agenda	Agenda	Reunião da Equipe de SF	Agenda
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda
Visita Domiciliar	Atividade Coletiva	Agenda	Agenda	Agenda

tarefa e responsabilidade. Por vezes coloca-se uma equipe alheia à ESF somente para atendimento de urgências no centro de saúde. Essa situação híbrida não é adequada na lógica da APS/ESF, pois tende ao mesmo viés do pronto atendimento, com pouca responsabilização das equipes por sua clientela e quebra da longitudinalidade da assistência, facilitando a medicalização do cuidado (Tesser; Poli Neto; Campos, 2010).

O esquema de agenda do CS Tapera fundamenta-se no primeiro modo mencionado: atendimento da demanda espontânea valorizando a longitudinalidade e a responsabilização dos profissionais pelas pessoas adscritas, que aos poucos foi se consolidando e, gradativamente, vem sendo adotado em outros centros de saúde do município, além de já ter sido proposto em um manual brasileiro de referência para os médicos de família e comunidade como um modelo de gestão da agenda dos médicos da APS (Gusso; Poli Neto, 2012). Apesar de o Prisd ter sido retirado da comunidade no final de 2007, os tutores que ali permaneceram, juntamente com os profissionais das equipes, mantiveram o esquema e, mesmo com a saída dos dois últimos ex-tutores em 2010, os profissionais do CS Tapera não só deram continuidade como aprimoraram ainda mais a ideia inicial, conforme pode ser observado no material disponibilizado no blog da unidade⁴. Nessa configuração de agenda a comunidade sente-se tranquila, sabe que no momento que necessitar haverá um profissional para atendê-la e escutá-la em suas necessidades, e com o qual ela desenvolveu vínculo e respeito. Isso é

particularmente crucial no cuidado em saúde mental (Tesser; Teixeira, 2011). Esse exemplo de agendamento pode servir de orientação para a organização de processos de trabalho que busquem equidade e ampliação do acesso à ESF, sem descuidar das outras atividades (promoção, prevenção, vigilância) de responsabilidade da equipe.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, tal esquema permite modulações a fim de reduzir o estresse sobre os mesmos. Assim, a demanda em certos períodos pode ser modulada por um número “X” de atendimentos por turno, sendo as pessoas acolhidas pelo médico e enfermeiro. Havendo excesso de usuários, estes são acolhidos pelo técnico de enfermagem, que oferece orientação adequada e oferta do período/dia seguinte para atendimento, ou, se necessário, negocia com seus pares o cuidado imediato. O volume dos atendimentos fica atrelado à capacidade resolutive da equipe e às necessidades da comunidade, transformando-se com o tempo (NHS, 2009). Comumente é maior no início da implantação, quando há demanda reprimida, necessitando por vezes ser ilimitado até que a demanda atenuar-se com a segurança da existência do acesso rápido e do mútuo conhecimento entre usuários e profissionais.

O Quadro 3 ilustra outras atividades, que não o atendimento individual: reunião semanal da equipe e VD, podendo-se também criar outros espaços para atividades coletivas (terapêuticas, promocionais, educativas), educação permanente e matriciamentos, de acordo com as necessidades do serviço. Essas atividades devem ser dispersas na semana, sem

4 Disponível no endereço: <http://cs-tapera.blogspot.co.uk/p/equipe-260.html>.

tomar um período inteiro, tampouco as primeiras horas dos turnos de trabalho, preservando o acesso e evitando a saída simultânea de todos os profissionais da equipe. Somente na reunião semanal todos os integrantes da equipe reúnem-se para gestão participativa, refletindo, avaliando e decidindo a organização dos serviços, projetos e ações de várias naturezas (clínicas, programáticas, territoriais, VD, vigilância, grupos). Assim, as ações territoriais (facilitadas e realizadas, majoritariamente, pelos agentes comunitários de saúde - ACS) são discutidas, organizadas e avaliadas nas reuniões da equipe interdisciplinarmente e nas VD - momentos também privilegiados para educação permanente, sobretudo dos ACS. Os principais momentos potenciais para a ação interdisciplinar, nessa configuração da agenda e em geral nos serviços de APS, são: o acolhimento da demanda espontânea, as VD, as atividades coletivas, a reunião semanal e os encontros informais cotidianos nos corredores, copas, umbrais das portas e consultórios, em que os profissionais trabalham juntos e constroem o clima organizacional do cuidado qualificado, como também encontrado por Madeira (2009). Com isso, evita-se ao máximo obstruir o fluxo do atendimento à demanda, preservando e otimizando espaço e tempo para as atividades territoriais (intersectoriais) de vigilância, de promoção e educativas.

O exemplo acima é flexível, possibilitando ofertar maior ou menor número de atendimentos à demanda espontânea, conforme as necessidades da comunidade (surto/epidemias, necessidades locais e especificidades - como comunidades isoladas e desprovidas de recursos) e as limitações do serviço. Isso pode também significar redução na oferta de atendimentos, em caso de férias de funcionários (sem substituição), altos índices de absenteísmo, saída para congressos/capacitações ou quando não há política de manutenção e fixação dos profissionais.

Além disso, esse esquema reduz progressivamente as filas, acabando com um dia específico para “marcação de consulta” - que muitos centros de saúde praticam -, visto que todos os dias há disponibilidade significativa de atendimentos para o mesmo dia. Também reduz as ausências nos atendimentos agendados, pois eles são marcados pela

própria equipe, para poucos dias ou num retorno bem combinado com o usuário. Portanto, é importante operacionalmente evitar “agendamentos cegos”, realizados por solicitação dos usuários sem menção dos motivos, devendo-se minimizá-los para evitar atendimentos agendados desnecessariamente por motivos burocráticos (extravios/segunda via e renovação de receitas/encaminhamentos) ou quadros agudos que merecem cuidado imediato, respeitando-se a privacidade do usuário por meio do fácil acesso aos profissionais. Esse contato também pode ser feito por outras formas de comunicação que não prejudiquem o acesso preferencial diário ao cuidado longitudinal das equipes da ESF, conforme a Figura 1. Por esse motivo, a agilidade na comunicação dos usuários com a equipe e desta entre si é fundamental (via *e-mail*, telefone e agentes comunitários de saúde). Com isso a pressão sobre a agenda diminui, pois muitas orientações, diálogos e decisões podem ser realizados ou agilizados por telefone (Hansen; Hunskaar, 2011) e internet via *e-mail* (Atherton, 2013), meios de comunicação raríssimamente utilizados na APS brasileira.

Figura 1 - Canais alternativos de comunicação ou acesso às equipes da ESF



Outras formas de primeiro contato, mantendo esse caráter diário de acesso facilitado, foram elaboradas no Brasil: há experiências envolvendo toda a equipe de ESF na primeira hora do turno, agilizando a escuta e diminuindo o estresse (Cavalcante Filho et al., 2009); agendas que intercalam pacientes

previamente marcados com espaços para cuidado à demanda do dia (1:1); acolhimentos grupais que discutem as demandas coletivamente (ressalvadas necessidades de escuta privada) e/ou que fazem agendamento de consultas entremeadas com problematização, educação em saúde e democratização de informações. Internacionalmente também são discutidas formas de agilização do acesso na APS (denominado *same-day access*). Ou seja, propostas e experiências são encontradas na literatura e na prática dos serviços de APS e apontam para a mesma direção aqui discutida (Murray; Berwick, 2003).

Mas o que acontece com as ações programáticas?

As ações programáticas como atividades planejadas, realizadas e avaliadas na APS – significativas epidemiológica e/ou coletivamente (Schraiber, 1990), independentemente de serem preventivas, terapêuticas ou promocionais – ficam distribuídas na atenção à demanda espontânea e nos encontros agendados, vinculadas ao máximo a um acompanhamento personalizado e longitudinal da coorte adscrita, tendo o mesmo nível de relevância que a demanda espontânea.

A unidade de recorte para organização do trabalho passa a ser a coorte delimitada de usuários em todas as idades, incluindo o cuidado clínico e o sanitário. A eventual ou permanente priorização de alguma intervenção (gestação e crianças pequenas, ações específicas) não afeta a flexibilidade organizacional e o acesso ao cuidado. Isso facilita a integração sanitária: assumir a dupla responsabilidade do cuidado individual e de saúde pública. Se ações programáticas (ou “problemas” detectados pelo serviço) são tomadas como principal critério para organização do trabalho tende a haver priorização de ações específicas, que comumente dificultam o acesso e induzem tentativas de enquadramento da demanda espontânea, subliminarmente desvalorizando-a enquanto responsabilidade da APS.

Os critérios e a frequência com que ações programáticas são realizadas dependem também do planejamento participativo e do diálogo com a comunidade (Pinto; Coelho, 2008). Por exemplo:

recomenda-se que gestantes passem no mínimo por seis consultas durante seu pré-natal. Existe flexibilidade na organização, pois, geralmente, as gestantes têm acompanhamento mensal e ao final da gestação, quinzenal ou semanal. Analogamente, crianças de baixo risco podem ter sua faixa etária priorizada até os seis meses, com consultas associadas ao calendário vacinal, além de utilizarem-se outras estratégias, tais como puericultura em atividades coletivas. Quanto aos hipertensos e diabéticos de alto risco, eles têm prioridade sobre aqueles de risco moderado e leve e representam pequena fatia dentro desse grupo de maior risco, também passível de ações coletivas (Amaral; Tesser; Müller, 2013).

Faixas etárias, doenças, ações específicas (pré-natal, puericultura) podem ser utilizadas como critérios para avaliação das ações das equipes de SF, mas não para organizar a rotina dos serviços. Durante a reunião semanal a equipe avalia e decide quais ações programáticas serão ofertadas à população e de que modo, sendo necessária a construção de uma cultura participativo-democrática para organização do trabalho, fazendo cogestão das demandas da população, dos profissionais e as diretrizes institucionais (Campos, 2000) e negociando com o Conselho Local de Saúde.

Parte significativa das ações preventivas pode e deve ser realizada “em paralelo” ao cuidado clínico. É o caso dos programas de rastreamento, um serviço de saúde pública oferecido à população assintomática em protocolos que não precisam envolver assistência clínica em sua fase inicial (Brasil, 2010). Exemplificando: mulheres podem ser convidadas para Papanicolaou pelos profissionais (especialmente agentes comunitários de saúde) por correspondência, telefone, *e-mail*; realizar os exames e receber os resultados sem atendimento clínico, que ocorrerá se necessário, economizando tempo de médicos e enfermeiros. Portanto, para um maior equilíbrio entre acesso ao cuidado e ações de promoção/prevenção os profissionais da ESF devem dividir tarefas/responsabilidades nas ações individuais e coletivas tanto nos cuidados preventivos, que requerem ou não atendimento clínico, como na atenção à demanda e aos atendimentos agendados.

Considerações finais

Se a APS/ESF pretende ser a principal porta de entrada do SUS e seu eixo estruturante, precisa promover inclusão e facilitar o acesso, integrando cuidado e prevenção/promoção e viabilizando um trabalho usuário-centrado (Merhy, 2002). Os quatro princípios que caracterizam a APS: 1) ser o primeiro contato (porta de entrada do sistema de saúde); 2) ser coordenadora do cuidado; 3) oferecer cuidados longitudinais e; 4) oferecer cuidados abrangentes (que atendam a todas as necessidades comuns da população) são subcomponentes estruturais da disponibilidade, ou seja, do acesso (Campbell; Roland, 2000).

As diretrizes operacionais apresentadas enfatizam e operacionalizam o acesso ao cuidado sem descuidar da prevenção/promoção, invertendo certas ênfases preventivistas e promocionistas na organização dos serviços de APS (Tesser; Norman, 2014). A viabilização do acesso e o centramento nos usuários adscritos (não 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 APS/ESF deveria ter como meta primeira a atenção aos adocidos, por meio de um acesso facilitado ao cuidado qualificado, longitudinal e ampliado, incorporando complementarmente medidas de promoção e prevenção (estas muito criteriosas). Portanto, o tema do acesso nos serviços de APS/ESF, 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 APS/ESF como principal porta de entrada do sistema de saúde.

Referências

AMARAL, R. P.; TESSER, C. D.; MÜLLER, P. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 196-202, 2013.

ATHERTON, H. Use of email for consulting with patients in general practice. *British Journal of General Practice*, London, v. 63, n. 608, p. 1181-11819, 2013.

BARSKY, A. J. The paradox of health. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 318, n. 7, p. 414-418, 1988.

BLEYER, A.; WELCH, G. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 367, n. 21, p. 1998-2005, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília, DF, 2010. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

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 gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

CASSEL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 306, n. 11, p. 639-645, 1982.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

CHAPMAN, J. L. et al. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*, London, v. 54, n. 502, p. 374-381, 2004.

- CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-244, 2000.
- COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde compartilhada e ampliada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 96-131.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.
- GÉRVAS, J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 24-26, 2008. Suplemento 1.
- 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? *The Lancet*, London, v. 372, n. 9654, p. 1997-1999, 2008.
- GØTZSCHE, P. C.; JØRGENSEN, K. J. Screening for breast cancer with mammography. *The Cochrane Library*, Oxford, n. 6, June 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23737396>>. Acesso em: 12 jan. 2015.
- GULLIFORD, M. et al. What does “access to health care” mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, London, v. 7, n. 3, p. 186-188, 2002.
- GUSSO, G. D. F. *Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2)*. 2009. Tese - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Clínica Médica, São Paulo, 2009.
- GUSSO, G.; POLI NETO, P. Gestão da clínica. In: GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1, p. 159-166.
- HANSEN, E. H.; HUNSKAAR, S. Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. *British Medical Journal Quality & Safety*, London, v. 20, n. 5, p. 390-396, 2011.
- HART, J. T. The inverse care law. *The Lancet*, London, v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971.
- HEATH, I. In defence of a national sickness service. *British Medical Journal*, London, v. 334, n. 7583, p. 19, 2007.
- HELMAN, C. *Culture, health and illness*. London: Holdder Arnold, 2007.
- JØRGENSEN, K. J.; ZAHL, P. H.; GØTZSCHE, P. C. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *British Medical Journal*, London, v. 340, n. 7750, 2010. Unique identifier c1241.
- KORDOWICZ, M.; ASHWORTH, M. Capturing general practice quality: a new paradigm? *British Journal of General Practice*, London, v. 63, n. 611, p. 288-289, 2013.
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- MADEIRA, K. H. Práticas do trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: um estudo de caso. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.
- McWHINNEY, I. R. The importance of being different. *British Journal of General Practice*, London, v. 46, p. 433-436, 1996.
- McWHINNEY, I. R. *Manual de medicina de família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 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. (Org.). *Distrito sanitário*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

- MONTORI, V.; ISLEY, W.; GUYATT, G. Waking up from the dream of preventing diabetes with drugs. *British Medical Journal*, London, v. 334, n. 7599, p. 882-884, 2007.
- MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *The Journal of the American Medical Association*, 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.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.
- PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 165-181.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.
- PINTO, C. A. G.; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde compartilhada e ampliada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 323-345.
- RAFFLE, A. E.; GRAY, J. A. M. *Screening evidence and practice*. Oxford: Oxford University, 2007.
- ROGERS, A.; ENTWISTLE, V.; PENCHEON, D. Improving access needs a whole systems approach: and will be important in averting crises in the millennium winter. *British Medical Journal*, London, v. 319, n. 7214, p. 866-867, 1999.
- ROSE, G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 14, n. 1, p. 32-38, 1985.
- ROSE, G. *Estratégias da medicina preventiva*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SILVA, G. A. Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 4-6, 2012.
- SPIEGELHALTER, D.; PEARSON, M.; SHORT, I. Visualizing uncertainty about the future. *Science*, Washington, DC, v. 333, n. 6048, p.1393-1400, 2011.
- STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, London, v. 10, p. 15, Apr. 2011.
- STARFIELD, B. et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 62, n. 7, p. 580-583, 2008.
- SWEENEY, K. Science, society, suffering and the self: a commentary on general practice for the twenty first century. *New Zealand Family Physician Journal*, Wellington, v. 32, n. 4, p. 221-224, 2005.
- TESSER, C. D. (Org.). *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.
- TESSER, C. D.; TEIXEIRA, B. C. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 83-95, 2011.
- TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3615-3624, 2010. Suplemento 3.
- WELCH, H. G.; SCHWARTZ, L.; WOLOSIN, S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon, 2011.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Milestones in health promotion: statements from global conferences. Geneva, 2009.

WILKINSON, R.; PICKETT, K. *The spirit level: why equality is better for everyone*. London: Penguin: 2010.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais e comunidade do Centro de Saúde Tapera, Florianópolis, SC.

Contribuição dos autores

Os autores trabalharam juntos e igualmente em todas as etapas de produção do manuscrito.

Recebido: 13/08/2013

Aprovado: 03/07/2014