

**Etec de Campo Limpo Paulista**

**Kamily Luize Cardoso Pereira**

**Mariana Cezare de Freitas**

**ACESSIBILIDADE A SAÚDE: Importância da Estratégia da Saúde da Família**

**Campo Limpo Paulista**

**2024**

**Etec de Campo Limpo Paulista**

**Kamily Luize Cardoso Pereira  
Mariana Cezare de Freitas**

**ACESSIBILIDADE A SAÚDE: Importância da Estratégia da Saúde da Família**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado como requisito parcial  
à obtenção do título especialista  
em Técnico em Enfermagem.

**CAMPO LIMPO PAULISTA  
2024**

# ACESSIBILIDADE A SAÚDE: IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Kamilly Luize Cardoso Pereira<sup>1</sup>

Mariana Cezare de Freitas<sup>2</sup>

Declaro que sou autor(a)<sup>1</sup> deste Trabalho de Conclusão de Curso. Declaro também que o mesmo foi por mim elaborado e integralmente redigido, não tendo sido copiado ou extraído, seja parcial ou integralmente, de forma ilícita de nenhuma fonte além daquelas públicas consultadas e corretamente referenciadas ao longo do trabalho ou daqueles cujos dados resultaram de investigações empíricas por mim realizadas para fins de produção deste trabalho.

Assim, declaro, demonstrando minha plena consciência dos seus efeitos civis, penais e administrativos, e assumindo total responsabilidade caso se configure o crime de plágio ou violação aos direitos autorais. (Consulte a 3ª Cláusula, § 4º, do Contrato de Prestação de Serviços).

**RESUMO-** A equidade na saúde é fundamental para a promoção universal da saúde, adaptando regras às situações concretas e observando critérios de justiça. O Programa Saúde da Família (PSF), parte integrante do SUS, visa melhorar a saúde comunitária, orientando pesquisas e planejando esquemas para atender às necessidades da comunidade. Originalmente lançado como PSF, o programa demonstrou resultados positivos rapidamente, adquirindo o status de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O objetivo do programa é criar e melhorar indicadores de saúde, focando na organização da individualidade e da família, formando laços com programas de cuidado, cooperando com a sociedade e colaborando com outros setores. A ESF promove igualdade nos serviços de saúde, independentemente de posição social, gênero, raça, idade, condição econômica, fatores externos, localização geográfica ou etnia, sendo considerada um direito e um bem público. É essencial que a assistência de saúde seja acessível, aceitável e de qualidade para todos. Este trabalho aborda a importância da melhoria contínua da qualidade dos serviços na ESF, incluindo investimentos em tecnologias atualizadas, capacitação e educação contínua dos profissionais de saúde, gestão adequada de recursos e a participação ativa da comunidade no controle social.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia Saúde da Família, Equidade, Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT-** Equity in health is fundamental for the universal promotion of health, adapting rules to specific situations and observing criteria of justice. The Family Health Program (FHP), an integral part of the SUS, aims to improve community health by guiding research and planning schemes to meet community needs. Originally launched as FHP, the program quickly showed positive results and acquired the status of Family Health Strategy (FHS). The aim of the program is to create and improve health indicators by focusing on the organization of the individual and the family, forming links with care programs, cooperating with society and collaborating with other sectors. The FHS promotes equality in health services, regardless of social position, gender, race, age, economic status, external factors, geographical location or ethnicity, and is considered a right and a public good. It is essential that health care is accessible, acceptable and of quality for all. This paper addresses the importance of continuously improving the quality of services in the FHS, including investments in up-to-date technologies, training and continuous education of health professionals, adequate management of resources and the active participation of the community in social control.

---

<sup>1</sup> kamilly.pereira3@fatec.sp.gov.br

<sup>2</sup> mariana.freitas29@etec.sp.gov.br

**KEYWORDS:** Family Health Strategy, Equity, Unified Health System.

## 1 INTRODUÇÃO

A equidade consiste na adaptação da regra existente à situação concreta, observando-se os critérios de justiça, conceito, que além de, essencial, é um obstáculo vital no uso e acesso aos serviços de saúde para que a promoção em saúde seja universal (Ministério da Saúde, 2001).

Devido ao fato de que o Programa Saúde da Família (PSF) é parte integrante da estratégia do SUS e considerado por melhorar a saúde comunitária, ele tem o poder de orientar a pesquisa e planejar esquemas para responder às necessidades da comunidade e mudar os métodos de fornecimento de cuidados. Em sua originalidade começou como Programa de Saúde da Família (PSF) a fim de consolidar e ampliar os serviços básicos de saúde, que ao ser implantado demonstrou resultados positivos em um curto espaço de tempo, adquirindo o status de Estratégia, alterando-se o nome. (Silva, 2023)

Portanto, o propósito do programa é criar e melhorar os indicadores de saúde com um foco proeminente na organização da individualidade e da família com implicações para os membros, formando laços com programas de cuidado, cooperando com a sociedade e colaborando com outros setores.

Proporcionando a todos o cidadãos igualdade nos serviços de saúde independente de sua posição social, gênero, raça, idade, condição econômica, fatores externos, localização geográfica ou etnia; considerado sob essa perspectiva como um direito e um bem público. Ademais é imprescindível que a assistência de saúde esteja acessível, aceitável e de qualidade para todos. (Oliveira, Larayne *et al.*, 2023).

Nesse trabalho abordaremos o quanto é essencial que a melhoria continua da qualidade dos serviços na EPS incluindo investimentos e uso de tecnologias atualizadas, a

capacitação e educação contínua dos profissionais de saúde, a adequada gestão de recursos e a atuação ativa de toda a comunidade no controle social.

Esse aperfeiçoamento corrobora na melhoria da qualidade de vida da população, redução de mortalidade infantil e materna, controle de doenças crônicas, promoção de hábitos saudáveis e prevenção de doenças.

A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica e um estudo qualitativo, com a análise de fontes teóricas e acadêmicas relevantes para fundamentar as discussões e conclusões do trabalho, que consistem em apresentar a importância e os empecilhos que a Estratégia enfrenta.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Sobre a Estratégia da Saúde da Família**

Os levantamentos dos estudos relativos à Estratégia Saúde da Família apontam abranger integralmente e incessantemente a sociedade, desde a saúde das crianças, dos adultos, das mulheres e idosos e as demandas de toda uma comunidade, por meio de ações efetivas de equipes multidisciplinares e profissionais de saúde de diferentes especialidades e funções ,enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia, entre outras áreas que lidam diretamente com os usufruidores no APS, que contenha uma equipe multiprofissional que tenha, pelo menos, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e vários agentes comunitários de saúde (ACS), que precisam atender 100% das pessoas cadastradas, cerca de 750 pessoas por agente. Vale ressaltar a existencia de uma equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e técnicos em Saúde Bucal (Silva, 2023).

Além disso, os indicadores de saúde são componentes básicos do desenvolvimento de um país, e a melhoria deste também implica em melhoria da saúde individual, coletiva e social. Por esses motivos (2018 apud Macinko e Mendonça; Nogueira, Magalhães, Castro e Costa 2022), possuir condições saudáveis é imprescindível para a “realização de atividades básicas como produtividade no trabalho e desempenho acadêmico, entre outros”.

Segundo o Ministério da Saúde (2001) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi criado em 1991 para mapear as necessidades locais. Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família para ajudar as pessoas a usarem os vários serviços oferecidos pela rede de atenção básica. O modelo de Planos de Saúde da Família foi a estratégia que orientou a atenção primária à saúde no Brasil. A lógica de aderir ao programa como base da prática do Sistema Nacional de Saúde (SUS) tem sido condicionado desde o início dos investimentos em sua expansão.

A composição do SUS permitiu aos gestores, profissionais da saúde e população atendida uma nova forma de pensar e produzir serviços e assistência para trabalhadores e usuários de saúde, com ênfase nos princípios de universalidade, integridade, equidade, participação pública da comunidade, autonomia e descentralização como padrões do sistema de saúde (2017 apud Fabris; Nogueira, Magalhães, Castro e Costa 2022).

A atenção básica, definida aqui como o diálogo entre profissionais e cidadãos para determinar as necessidades, é um meio de acesso aos usuários que oferece uma variedade de medidas voltadas para a saúde individual, familiar e coletiva, incluindo a promoção, prevenção e recuperação da saúde por meio de práticas de cuidado e gestão adequadas para a população.

Como ressalta Nogueira, Magalhães, Castro e Costa (2022) A ESF é composta por e é administrada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Formada por um grupo de profissionais qualificados que cumprem os requisitos locais e valorizam a qualidade do atendimento.

A ESF é vista como um modelo de atenção à saúde, oferecendo novas necessidades de saúde combinadas com práticas de cuidado. As estratégias visam melhorar os indicadores de saúde por meio de identificação, anamneses, tratamentos, prevenção e campanhas de vacinação. (2006 apud Teixeira; Nogueira, Magalhães, Castro e Costa 2022) A ESF para a APS brasileira foi classificada a partir de três dimensões propostas: sistema político, organização e assistência técnica.

Como o bem-estar das comunidades está ligado aos serviços de saúde, a defesa da saúde coletiva é uma parte importante do desempenho econômico. Uma sociedade adoecida gasta mais dinheiro, o que indica o desejo de investir em melhorias na qualidade e na assistência primária para identificar as necessidades e tratá-las. Como resultado, as políticas públicas voltadas para a saúde, que se baseiam na democratização do acesso aos serviços, devem ser mantidas ao longo do desenvolvimento do país. (2018 apud Macinko e Mendonça; Nogueira, Magalhães, Castro e Costa 2022).

## **2.2 Empecilhos e desigualdades dentro do setor de saúde**

Segundo IEPS (2023) no Brasil 34% da população não possui acessibilidade integral da ESF, resultado em 72,69 milhões de brasileiros, que majoritariamente estão localizadas em regiões metropolitanas centralizadas na região Sudeste e em capitais.

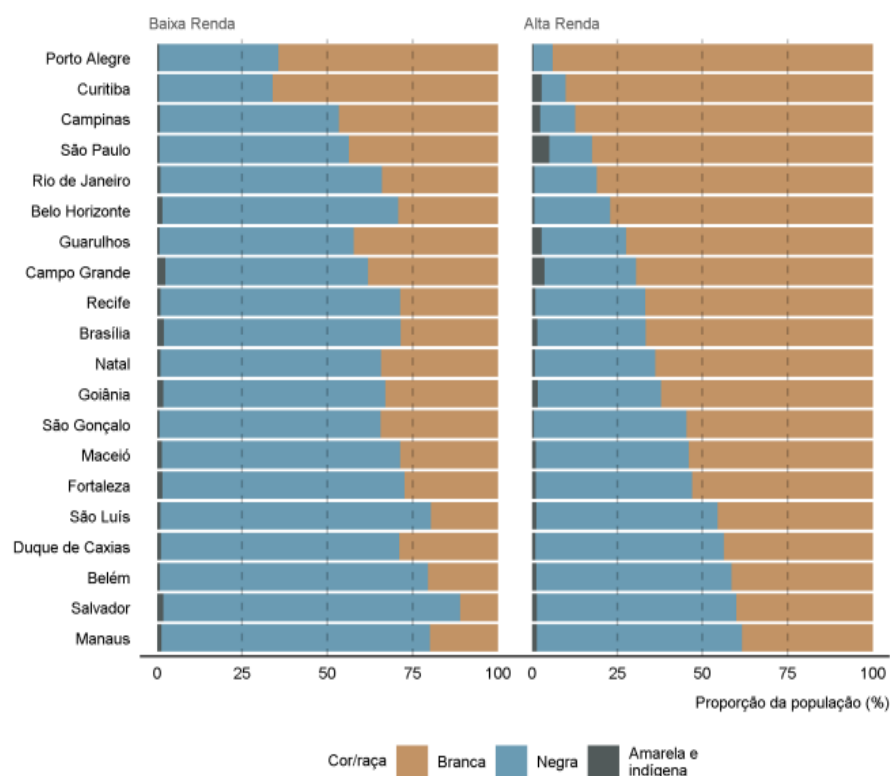
Não obstante, a desigualdade socioeconômica e regionais significativas afetam o acesso e uso dos serviços de saúde, majoritariamente em comunidades marginalizadas, ou seja, pessoas com menor poder aquisitivo e moradores de regiões precárias e/ou remotas, têm mais dificuldade para acessar a rede de saúde com qualidade, sendo vulneráveis financeiramente, possuindo menos oportunidades e até mesmo necessitando percorrer longas distâncias para acessar serviços de saúde, em contrapartida, pessoas ricas têm acesso facilitado e convênios privatizados. Além disso existem outras barreiras para a equidade no acesso e uso assistência de saúde como discriminação, estigma e a escassez de informações adequadas sobre os serviços de saúde disponíveis,

abundância de desinformações. (Oliveira, Larayne *et al.*, 2023)

Segundo Tomasiello, Diego et al. (2023) a política pública de acesso à saúde pode se concentrar em grupos populacionais mais vulneráveis. A pandemia de COVID-19 mostrou um gradiente racial significativo, com maior impacto nas pessoas negras, nas desigualdades espaciais e nas rendas. Ainda que possa promover a igualdade racial e combater as grandes desigualdades de renda no Brasil, o SUS enfrenta racismo histórico e institucional, além de altas desigualdades e problemas de financiamento incessantes. Desigualdades no acesso a serviços de saúde são um reflexo desses problemas.

Tabela 1

Proporção de pessoas segundo renda e cor/raça. Cidades selecionadas, 2010.



Obs. 1: Baixa renda: pessoas residentes em domicílios com renda domiciliar per capita entre os 20% mais pobres. Alta renda: pessoas residentes em domicílios com renda domiciliar per capita entre os 20% mais ricos. Obs. 2: Os dados para Goiânia refletem toda sua região metropolitana.

(Tomasiello, Diego et al., 2023)



Além disso de forma geral, nas capitais analisadas da região Centro-Oeste, Norte e Nordeste, a proporção da população negra é significativamente maior quando comparada com municípios do Sul e Sudeste. Tais diferenças são características marcantes do processo histórico de ocupação e desenvolvimento da sociedade brasileira (2011 apud J. A. F. Santos; Tomasiello, Diego et al., 2023).

Na pesquisa realizada por Tomasiello, Diego et al. (2023) um dos fatores levado em consideração foi o tempo estimado em que um cidadão levaria para chegar a um serviço de saúde de atenção básica caminhando a partir de sua residência, com base na cor/raça da população 20% mais rica e 20% mais pobre. Os resultados dessa pesquisa mostram que a população negra se encontra mais próximos dos estabelecimentos de saúde de atenção básica do que a população branca na maioria das cidades. Além disso, observamos que as pessoas de baixa renda geralmente têm mais facilidade de acessar esses locais que possuem serviços de saúde.

Tomasiello, Diego et al. (2023, p. 18) assinala “Com a criação do SUS, buscou-se ampliar o acesso para toda a população, tendo como uma das principais ações a ampliação da cobertura da atenção primária à saúde, por meio da Saúde da Família.” Essa ampliação possui foco também para a população de maior vulnerabilidade, se manifestando em vários níveis, incluindo dificuldades para obter serviços básicos e atendimento desigual. Essas diferenças são causadas por fatores como racismo institucional, desigualdade no financiamento dos serviços e escassez de recursos que contribuem para essas discrepâncias.

Esse nível de atenção foi considerado capaz de influenciar as ações e serviços de saúde na rede de atenção à saúde, promovendo cuidados a longo prazo e trabalhando de forma multiprofissional e com base em um território definido. A expansão da atenção primária priorizou os locais com menor oferta de serviços e falta de assistência, devido às questões históricas e às limitações trazidas pelo subfinanciamento do SUS. Estudos anteriores mostram que a expansão do programa Saúde da Família melhorou o acesso à saúde de atenção básica no Brasil e melhorou a saúde da população. (2010 apud

Campelo Barroso Carneiro et al., 2021; Özçelik et al., 2020; R. Rocha & Soares, 2010; Tomasiello, Diego et al. 2023).

Como ressalta Tomasiello, Diego et al. (2023, p. 19) “As desigualdades encontradas são mais evidentes comparando-se ricos e pobres do que brancos e negros.” De forma que, é evidente nos resultados de sua pesquisa que os negros tendem a ter acesso mais rápido entre as pessoas de alta renda. A situação entre os mais pobres varia de cidade para cidade, mas a desigualdade entre brancos e negros é geralmente pequena. Brasília, Campinas e São Luís tiveram o maior tempo de acesso à atenção básica em média, enquanto Recife, Natal e Manaus tiveram o menor como apontado pelos dados encontrados. A densidade demográfica, as barreiras geográficas para acesso e a organização da atenção primária no território são alguns dos fatores que podem causar essas diferenças.

O objetivo principal do SUS é alcançar toda a população brasileira, mas a priorização mencionada anteriormente foi motivada pelas limitações de financiamento do SUS e pela necessidade de investir também na ampliação do acesso a outros níveis de atenção. Em dezembro de 2020, 76,1% da população atendia à atenção básica, com 63,6% correspondendo às equipes de saúde da família (2020 apud Ministério da Saúde; Tomasiello, Diego et al. 2023). Em geral, pode-se dizer que as 20 maiores cidades do Brasil têm bom nível de acesso geográfico a esses serviços de saúde. Isso se deve à maior estrutura na distribuição deles.

Ao contrário da atenção primária à saúde, os serviços de saúde de alta complexidade exibem um padrão de distribuição espacial bastante diferente. Esses serviços geralmente se concentram em um número reduzido de estabelecimentos e se agrupam nas áreas centrais das cidades, devido a fatores históricos e à presença predominante de populações de maior renda nessas regiões. (2013 apud P. V. Amaral; Tomasiello, Diego et al. 2023). Além disso, fatores históricos como a evolução das infraestruturas de saúde e a localização estratégica de instituições renomadas também contribuem para essa concentração. Isso resulta em uma desigualdade no acesso aos cuidados de alta

complexidade, pois as pessoas que vivem em áreas periféricas ou menos favorecidas enfrentam desafios adicionais para acessar esses serviços especializados, muitas vezes necessitando se deslocar longas distâncias.

Outra investigação feita por Tomasiello, Diego et al. (2023) aponta que a população branca em todas as cidades examinadas, além do acesso mais rápido, tem maior frequência de acesso a essas unidades do que a população negra. Em termos de cor, raça ou renda, não havia diferença entre negros pobres e brancos. No entanto, os brancos são mais propensos a acessar estabelecimentos com serviços complexos do que os negros entre a população de alta renda. Portanto nota-se que quando considerado a combinação de cor/raça e renda, não foram encontradas diferenças significativas no acesso entre brancos e negros que têm baixa renda. Isso significa que, para os indivíduos de baixa renda, a cor/raça não é um fator que afeta de forma notável o acesso aos serviços de saúde nesse quesito.

Nesse sentido a distribuição geográfica da população, considerando renda e cor, bem como a localização dos estabelecimentos de saúde nas grandes cidades brasileiras, revela problemas estruturais que afetam a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Esses problemas comprometem os princípios de universalidade e integralidade que o SUS busca garantir. Tomasiello, Diego et al. (2023) assinala “Seja por transporte público ou por automóvel, a população de alta renda e de cor branca tende a ter muito maior acessibilidade a esses serviços de saúde do que a população negra e de baixa renda em quase todas as cidades analisadas.”

Reflete-se em grande parte, a combinação entre a distribuição dos grupos socioeconômicos nas regiões das cidades: as áreas periféricas concentram principalmente a população negra e de baixa renda, e os centros de saúde de alta complexidade estão concentrados nas áreas urbanas onde vivem principalmente pessoas brancas e de alta renda. Além disso, as regiões centrais têm serviços de transporte público e infraestrutura mais concentrados o que favorece estes habitantes. Além disso, Tomasiello, Diego et al. (2023) afirma que se constata significativas

desigualdades raciais em locais onde a maioria das pessoas é negra. Em média, eles tendem a ter menos acesso a serviços de saúde do que a população branca. Como a população pobre no Brasil é predominantemente negra, esses padrões de desigualdade de renda são um reflexo do racismo e da segregação espacial dessa população.

Um paciente pode encontrar muitas dificuldades ao buscar acesso a um hospital ou a uma consulta médica especializada de alta complexidade. A falta de profissionais de saúde, medicamentos, os problemas de segurança pública e a busca por um atendimento digno estão entre esses problemas. etc. (2019 apud Guimarães et al.; Tomasiello, Diego et al., 2023). Devido a elementos estruturais de discriminação racial no sistema de saúde, algumas dessas barreiras podem ser ainda mais visíveis para pessoas negras e de baixa renda, especialmente para mulheres. (2013 apud Goes & Nascimento, 2013; N. N. da Silva et al., 2020; Tomasiello, Diego et al., 2023).

Ademais segundo Silva (2023) a Saúde da Família enfrenta é a convicção dos gestores que não compreende a Estratégia como uma mudança necessária do modelo assistencial; a carencia no setor econômico, escassez de equipes e rotatividade dos mesmo, que muitas vezes não possuem amparo legal; condições insalubres de trabalho e a falta de medicamento e insumos nas UBSF (Unidades Básicas de Saúde Fluviais).

O SUS enfrenta sérios desafios financeiros e limitação das despesas federais através da EC 95 ocorrendo um declínio no orçamento de saúde até o ano de 2026, embora seja consenso internacional que a redução de investimento nos sistemas de saúde pode resultar em piores condições de vida, podendo ocorrer deterioração ou até mesmo retrocesso de todas as conquistas alcançadas pelo SUS que luta incansavelmente para atender às necessidades da população, as quais estão em constantes evolução. É urgente que a ESF e o SUS não sofram cortes. (Silva, 2023)

É importante ressaltar que o bem estar social, mental e físico é fundamentado como um direito e devem ser garantidos pelo SUS, que ao decorrer de sua história, tem realizado esforços para alcançar as áreas carentes

e grupos vulneráveis, através da ampliação da oferta de serviços de saúde. (Oliveira, Larayne *et al.*, 2023).

### **3 CONCLUSÃO**

No Brasil a falta de investimento em saúde é um fator significativo para a perpetuação da desigualdade, onde o financiamento em saúde é insuficiente, a distribuição de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) é desigual, com os recursos concentrados em áreas urbanas em detrimento das áreas rurais e pobres, além de carência na infraestrutura, escassez de medicamento e insumos, a baixa remuneração dos profissionais de saúde, o prolongado tempo de espera do atendimento e redução da qualidade dos serviços prestados.

Não haverá universalização da saúde enquanto não houver o enfrentamento das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, portanto é imprescindível o investimento governamental na elaboração e implementação de estratégias e políticas públicas voltadas para garantir a universalidade do acesso a ações e serviços de saúde, além de políticas específicas voltadas à promoção da equidade em saúde, visando a redução de desigualdades sociais, na medida em que tomam como população-alvo, grupos portadores de necessidades especiais e/ou grupos vulneráveis de acordo com suas condições de vida, trabalho, educação, habitação entre outros.

### **4 REFERÊNCIAS**

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias et al. Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na Atenção Primária à Saúde. São Carlos: Pedro & João Editores. São Paulo, p.113-125. 2023. Disponível em: <https://www.doi.org/10.51795/9786526505793113125>. Acesso em: 4 de nov. 2024.

SILVA, Erick Sancler Albuquerque, A Estratégia de Saúde da Família e Sua Importância Para a Saúde Pública. Revista Multidisciplinar em Saúde. São Paulo, v.4, n.2, 2023. Disponível em: <https://ime.events/conasf2023/pdf/14500>. Acesso em: 4 de nov. 2024.

FARIA, Manuel et al. Estimativa de Recurso Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Brasil. Estudo Institucional n. 8. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-08/>. Acesso em: 4 de nov. 2024.

NOGUEIRA, Alex Rodrigues et al. Programa Estratégia de Saúde da Família e as contribuições para a qualidade de vida da população nas comunidades. Revista Científica Tocantins. Tocantins, p. 1-12. 07 jun. 2022. Disponível em: [Programa+Estratégia+de+Saúde+da+Família.pdf](#). Acesso em: 14 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, secretária executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2001

TOMASIELLO, Diego Bogado et al. DESIGUALDADES RACIAIS E DE RENDA NO ACESSO À SAÚDE NAS CIDADES BRASILEIRAS. Ipea. Brasília, p. 1-40. jan. 2023. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/4/TD\\_2832\\_Web.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/4/TD_2832_Web.pdf). Acesso em: 14 ago. 2024.