O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano VII | Volume 21 | Nº 61 | Boa Vista | 2025

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

https://doi.org/10.5281/zenodo.14994545

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

ACOLHIMENTO:
UMA POSSIBILIDADE DE AMPLIAÇÃO OU UMA BARREIRA DE ACESSO?

Emilene dos Santos Guimarães[1]

Antônio Augusto Gonçalves[2]

Sandra Regina Freitas da Silva Morgado Góis[3]

Keith Bullia da Fonseca Simas[4]

Maria Cardoso de Castro Berry[5]

Resumo

O presente estudo teve o objetivo de analisar a percepção de gestores sobre o acolhimento na gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS), com o intuito de responder à pergunta: O acolhimento vêm sendo uma prática que amplia o acesso à saúde ou tem sido percebido como uma barreira de acesso? Para isso, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, exploratória, baseada na avalição de casos múltiplos e fundamentada no método pesquisa aplicada. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas com gestores de diferentes níveis na APS do Rio de Janeiro, incluindo dois superintendentes, dois coordenadores de área e seis gerentes técnicos que trabalham nas áreas de planejamento dos menores índices de desenvolvimento social do município. A escolha das unidades foi realizada por sorteio. As entrevistas foram realizadas de forma presencial, composta por 13 perguntas, construídas com base no referencial teórico encontrado acerca da temática. Os dados foram analisados no programa ATLAS.ti. A partir da análise das dez entrevistas, observou-se que dos dez entrevistados apenas dois citaram o acolhimento como uma ferramenta capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde, enquanto oito o identificaram como uma barreira de acesso. De acordo com os entrevistados, o acolhimento pode se tornar uma barreira ou uma ampliação do acesso dependendo do vínculo e escuta ativa entre o binômio profissional-usuário. Conclui-se que o acolhimento é compreendido como uma possibilidade de ampliação do acesso. Todavia, na prática, ainda é considerado como uma barreira de acesso a ser superada no sistema.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde; Rio de Janeiro; Saúde.

Abstract

The present study aimed to analyze managers' perception regarding patient reception in demand management in Primary Health Care (PHC), seeking to answer the question: Has patient reception been a practice that expands access to health care, or has it been perceived as a barrier to access? To answer this question, we developed a qualitative, exploratory study, based on multiple case evaluations, based on the applied research method. Data were collected through semi-structured interviews with managers at different levels of PHC in Rio de Janeiro, including two superintendents, two area coordinators, and six technical managers working in planning areas with the lowest social development indices in the municipality. The selection of units was carried out by random drawing. The interviews were conducted in person, consisting of 13 questions constructed based on the theoretical framework related to the theme. Data were analyzed using the ATLAS. Ti software. From the analysis of the ten interviews, it was observed that only two out of the ten interviewees mentioned patient reception as a tool capable of expanding access to health services, while eight identified it as a barrier to access. According to the interviewees, patient reception can become either a barrier or a means of expanding access depending on the bond and active listening between the professional-user dyad. In conclusion, patient reception could be understood as a possibility for expanding access. However, in practice, it is still considered a barrier to healthcare access that needs to be overcome.

Keywords: Health; Health Barries; Primary Health Care; Rio de Janeiro.

[1] Mestre em Administração e Desenvolvimento Empresarial pela Universidade Estácio de Sá (ESTÁCIO). E-mail: emileneguimaraes@gmail.com

[2] Docente da Universidade Estácio de Sá (ESTÁCIO). Doutor em Engenharia de Produção. E-mail: antonio.agoncalves@estacio.br

[3] Docente da Universidade Estácio de Sá (ESTÁCIO). Doutora Engenharia Mecânica. E-mail: sandra.gois@estacio.br

[4] Docente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. E-mail: simaskeith@yahoo.com.br

[5] Docente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutora em Odontologia. E-mail: dramariaberry@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como principal porta de entrada para o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando um papel central na promoção da saúde, prevenção de doenças e na efetividade do sistema. Para garantir sua eficácia, é fundamental mapear e identificar pontos de atenção que demandam melhorias nos processos da APS. Nesse sentido, tornam-se necessárias ações que visem soluções e aprimoramentos contínuos, assegurando que os princípios de equidade, integralidade e universalidade sejam aplicados na prática levando em consideração o binômio profissional-usuário.

Dentre os pontos de atenção da APS, pode-se destacar o Acolhimento, que se configura como uma prática fundamental para a consolidação de um Sistema de Saúde humanizado e efetivo. O Acolhimento é uma ferramenta que está inserida na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), presente em toda a trajetória do usuário ao longo do Sistema, utilizando abordagens de comunicação, escuta ativa e criação de vínculo, rompendo com um modelo de atendimento técnico-assistencialista e contribuindo para um modelo de saúde centrado no usuário. Além disso, o Acolhimento pode ser uma importante ferramenta sobre os próprios processos de trabalho, auxiliando gestores e profissionais a reorganizar práticas cotidianas na resolução de problemas em saúde bem como nas metas definidas.

Todavia, embora haja um entendimento sobre importância do Acolhimento, pouco se tem visto sobre estratégias de melhoria dos seus processos, especialmente em um cenário onde o Acolhimento pode ser uma ferramenta facilitadora no acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, estudos que mapeiem esse setor bem como a sua incorporação nos serviços de saúde são necessários a fim de modificar esse contexto.

A partir do exposto, entendo a importância do Acolhimento no acesso aos Serviços de Saúde, o objetivo desse estudo foi analisar a percepção de gestores sobre o Acolhimento na APS, com o intuito de responder à pergunta: O acolhimento vem sendo percebido como uma prática que amplia o acesso à saúde ou tem sido percebido como uma barreira de acesso no município do Rio de Janeiro? Para isso, desenvolveu-se uma pesquisa aplicada, de caráter qualitativa, exploratória e baseada na avalição de casos múltiplos e os dados coletados através de uma entrevista semiestruturada para avaliar a percepção dos gestores de diferentes níveis na APS do Rio de Janeiro. O modelo científico, denominado de pesquisa aplicada tem como fundamentação mapear e analisar problemas presentes nas atividades cotidianas de instituições ou organizações, realizando um diagnóstico situacional e a busca de soluções.

O texto foi estruturado da seguinte forma: A primeira seção apresenta um referencial teórico sobre o acolhimento no acesso aos serviços de saúde e o estado da arte sobre a temática. A Seção seguinte aborda os materiais e métodos utilizados na pesquisa. A terceira seção apresenta e os resultados e discussão dos aspectos identificados ao longo do estudo. Ao final, na última seção são descritas as considerações conclusivas, com as proposições para futuros estudos.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS), desde o início do século XX tem sido reconhecida como componente central de sistemas de saúde (BITTON *et al.*., 2017) Na literatura diversos estudos apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços nos países que possuem sistemas organizados a partir da APS (MACINKO, MENDONÇA, 2018).

A ausência de saúde da população implica em maiores despesas com saúde, devido ao alto custo dos serviços de média e alta complexidade (WELL, 2007). Além disso, o planejamento de recursos para melhorar o acesso à APS tende a diminuir a superlotação de hospitais e consequentemente o custo a longo prazo para o sistema de saúde (MATHISON *et al*., 2013; SILVA; FRACOLLI, 2016).

Tão importante quanto a vantagem econômica, é também o compromisso social com a saúde pública, este acordo surgiu na conferência de Alma-Ata cidade da antiga União Soviética, em 12 de setembro de 1978, com slogan Saúde para Todos no ano 2.000 (WHO, 1978; BRASIL, 2011; MACINKO; MEDONÇA, 2018). Nos últimos 40 anos, a APS demonstrou aumentar o acesso aos serviços, melhorar a cobertura e a qualidade dos serviços de maneira mais eficiente e equitativa (BHUTTA *et al.*, 2008). Muitos dos envolvidos na saúde global, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consideram que a atenção primária à saúde é o caminho para alcançar a cobertura universal de saúde (BLOOM, 2017).

No 40º aniversário da Declaração de Alma Ata, em Astana, no Cazaquistão, foram reforçados os compromissos com a oferta de uma saúde pública de qualidade, ancorada em uma atenção primária forte e organizada (WHO *et al.*., 2018). Na Declaração de Astana foi produzido um documento que aborda a importância de se implementar cuidados de saúde primários sustentáveis, principalmente nos países de baixa e média renda (GIOVANELLA *et al*., 2018.). Sendo a APS o nível mais básico de um sistema estruturado, capaz de cuidar de problemas simples e comuns da população em ambientes ambulatoriais, também tem se mostrado necessária para a organização de fluxos de pacientes entre os serviços de saúde e na otimização dos gastos (BITTON *et al.*, 2017).

Para a organização do sistema, foram definidos atributos essenciais, considerando a saúde em amplo domínio, reconhecendo o cidadão em sua singularidade, complexidade, integralidade e sua atuação no contexto sociocultural, considerando sua inserção no território e permitindo que ele se torne o ator principal na manutenção de sua saúde (STARFIELD, 2002; SHAHZAD, 2019).

Em termos organizacionais, a APS é caracterizada por quatros atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado e por atributos derivados: a orientação familiar, comunitária e competência cultural (HARZHEIM *et al*., 2016).

Dentre os atributos essenciais o Primeiro Contato (Acesso de primeiro contato) é caracterizado por ampliar o acesso ao uso dos serviços de saúde para os problemas que a população procura. É considerado a porta de entrada a cada novo problema de saúde ou novo episódio do mesmo problema (STARFIELD 2002; SILVA *et al.*, 2017). Quando há uma necessidade de saúde a população e equipe reconhecem a APS como o primeiro recurso a ser procurado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Já a Longitudinalidade**,** representa o cuidado constante do usuário e sua família com a equipe de saúde. É o vínculo estabelecido durante um longo período, o que garante a oferta regular de serviços e a relação humanizada (KESSLER *et al.*, 2019).

A Integralidade, é composta por ações especificas às necessidades da população, visando a garantia do atendimento preventivo e promocional. A equipe precisa encontrar constância na realização dessas ações (LIMA *et al*., 2012; CUNHA *et al*., 2020). E a Coordenação do cuidado, trata-se de uma habilidade do serviço para garantir a ininterrupção da atenção, compreendido pelo processo do usuário no sistema e a garantia do acesso aos outros níveis de atenção, se necessário (atenção secundária e terciaria, por exemplo) (MCDONALD, 2014).

Em relação aos atributos derivados, a Orientação familiar diz respeito ao conhecimento dos membros de uma determinada família, reconhecendo os problemas de saúde dessas pessoas e compreendendo que a família é um espaço singular (STARFIELD, 2002; MACHADO, 2021). A Orientação Comunitária engloba o entendimento da existência de diferentes realidades sociais, e que a população emerge do contexto físico, econômico e cultural, refletindo no contexto social que está inserido (MACHADO, 2021). Já a Competência Cultural é a capacidade de admitir as diversidades existentes nas populações diversas, e que estas diversidades podem afastar a população aos serviços de saúde, por meio de suas peculiaridades culturais por exemplo raciais, étnicas, desta forma a equipe precisa atender de forma respeitosa e afetiva, permitindo o acesso aos serviços de saúde (MACHADO, 2021).

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

Com a implementação do novo modelo de atenção à saúde no SUS foram desenvolvidas algumas estratégias, sendo uma delas o processo de regionalização, que dividiu o território por áreas providas de recursos tecnológicos, recursos financeiros e recursos humanos, capazes de garantir o direito à saúde da população (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012). Foram criadas as regiões de saúde e o planejamento de integração dos diferentes níveis de atenção à saúde (SZWARCWALD, *et al*, 2021; LIMA, 2017).

No Rio de Janeiro, corroborando com Szwarcwald *et al*., (2021) e Lima (2017)) para organizar a gestão da saúde, a cidade foi dividida, em 10 áreas de planejamento (AP). Essas áreas compartilham características sociais e econômicas que determinam formas de adoecimento e mortalidade de cada região (RIO DE JANEIRO, 2023). O Quadro 1 ilustra a divisão por bairros por AP no Rio de Janeiro.

Quadro 1 – Divisão dos Bairros por Área Programática

Área Programática (AP)	Bairros
AP. 1.0 Centro e Adjacências	Centro, Gamboa, Santo Cristo, Caju, Catumbi, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, São Cristovão, Mangueira, Benfica, Santa Teresa, Saúde, Paquetá e Vasco da Gama.
AP. 2.1 Zona Sul	Flamengo, Glória, Laranjeiras, Catete, Cosme Velho, Botafogo, Urca, Humaitá, Leme, Copacabana, Ipanema, Leblon, Lagoa, Jardim Botânico, Gávea, Vidigal, São Conrado e Rocinha.
AP. 2.2 Grande Tijuca	Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú.
AP. 3.1 Região da Leopoldina	Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Complexo do Alemão, Maré, Ribeira, Cacuia, Pitangueiras, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia (Ilha do Governador), Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão e Cidade Universitária.
AP. 3.2 Grande Méier	São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares, Higienópolis, Jacaré, Maria da Graça, Del Castilho, Inhaúma, Engenho da Rainha, Tomás Coelho e Jacarezinho.
AP. 3.3 Região de Madureira e Adjacências	Vila Kosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros, Pavuna, Zumbi e Parque Columbia.
AP. 4.0 Região de Jacarepaguá e Adjacências	Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia (Jacarepaguá), Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes e Grumari.
AP. 5.1 Região de Bangu e Adjacências	Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Padre Miguel, Bangu, Senador Camará e Gericinó.
AP. 5.2 Região de Campo Grande e Adjacências	Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba e Pedra de Guaratiba.
AP. 5.3 Região de Santa Cruz e Adjacências	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Fonte: Elaboração própria.

A cidade do Rio de Janeiro, a partir do ano de 2009 passou por uma grande reforma na expansão da APS, que promoveu um aumento no acesso e na qualidade dos serviços, saltando de uma cobertura de 3,5% para 68% em 2016, regredindo para 45% em 2020 (BRASIL, 2023). Para tal foram lançados

eixos estratégicos para orientar a reforma, pautados nos atributos essenciais e derivados da APS (SORANZ; PISCO, 2017).

A população do município do Rio de Janeiro em 2009 era de 6.320.446 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Brasileiro, (IBGE, 2010) reconhecida como a segunda maior capital do Brasil, ficando atrás somente de São Paulo, e apresenta diferentes realidades sociais e econômicas nos seus 160 bairros (SORANZ; PISCO, 2017). Segundo os dados do Instituto Pereira Passos de 2010, última atualização realizada, o índice de desenvolvimento social geral do município do Rio de Janeiro é de 0,609, a região da AP 2.1 que abrange bairros da Zona Sul, apresenta o índice de 0,722, na outra ponta do mapa a região das AP´s 5.2 e 5.3 apresentam o índice de 0,528 (RIO DE JANEIRO, 2019).

O ACOLHIMENTO NA APS

A saúde pública brasileira passou a ser considerada como um direito de todos e dever do estado com a Constituição Federal de 1988. Para garantir este direito, além da abertura de portas de acesso ao SUS, é essencial um olhar mais amplo sobre as necessidades de qualificação de processos já existentes. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) reconhece que há "significativas lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que tange ao acesso e à maneira como o usuário é recebido nas unidades de saúde pública" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

A atuação da APS como pilar nos sistemas de saúde modernos ao redor do mundo, relaciona a sua abordagem como resolutiva e centrada no cidadão, sendo potencialmente mais assertiva e de baixo custo comparado aos modelos hospitalocêntrico (atuação centrada no hospital), evidenciando a APS como coordenadora de cuidados ao paciente durante todo o ciclo de vida. Neste sentido, manter cuidados primários de alta qualidade com base nas necessidades e expectativas dos pacientes é o caminho para uma atenção primária forte com alta satisfação da população (SENITAN *et al*., 2018).

Com essas mudanças, a APS tornou-se o nível de atenção responsável pelo primeiro acesso do paciente, podendo ser um local facilitador ou uma barreira de acesso aos serviços de saúde. Dentre as demandas chaves nesse processo está o acolhimento. O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (GOMIDE, 2017).

Este papel do acolhimento é reforçado na Política Nacional de Humanização (PNH), em vigor há 21 anos, que versa sobre orientações clínicas, éticas e políticas sobre os arranjos de trabalho, a diretriz

do acolhimento se propõe a reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde (BRASIL, 2013; GOMIDE, 2017). Neste contexto, o ato de acolher deve incentivar a predisposição para ouvir e atender as demandas dos usuários, facilitando o encontro entre o indivíduo que busca cuidados e o profissional de saúde. Essa abordagem é fundamental para promover uma relação de confiança e empatia, favorecendo a construção de um ambiente acolhedor e humanizado no contexto da assistência à saúde (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

A proposta do acolhimento é inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde. Para isso, três princípios devem ser observados: (1) garantir a acessibilidade universal, atendendo todas as pessoas que buscam o serviço; (2) atendimento com equipe multiprofissional; (3) qualificar a partir de parâmetros humanitários a relação profissional-usuário (FRANCO *et al.,* 1999; TESSER *et al.,* 2018). O acolhimento apresenta-se como possibilidade de examinar sob o olhar da acessibilidade o processo de produção da relação usuário-serviço, sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários, quais circunstâncias, qual local, qual finalidade e quais resultados (TESSER *et al.,* 2018).

MATERIAIS E MÉTODO

Abordagem metodológica

Este estudo adotou uma abordagem metodológica qualitativa, exploratória e de estudo de caso múltiplo pautada no método de pesquisa aplicada. Esse método científico denominado de pesquisa aplicada visa mapear, identificar e apresentar problemas específicos, presentes nas atividades cotidianas de instituições ou organizações, realizando um diagnóstico situacional e a busca de soluções (GERHARDT, 2009; SANT ANA, 2020). As características de abordagem qualitativa, conforme definido por Polit. Beck e Hungler (2004), são as mais adequadas para este projeto de pesquisa, com foco na totalidade do fenômeno, coleta de dados através de entrevistas de campo e a análise das informações narradas de forma organizada e intuitiva.

Optou-se pelo uso da ferramenta de investigação “estudo de caso”, amplamente utilizado quando a prática da averiguação busca examinar um fenômeno atual e sua condição no ambiente real. Estudos de casos múltiplos são adequados quando o mesmo fenômeno existe em uma diversidade de ocorrências (YIN, 1981; SANT ANA, 2020).

A decisão pelo uso do estudo de caso também reside na lacuna de teoria sobre o objeto de pesquisa, uma vez que não foram encontradas na literatura estudos que apresentem pesquisa qualitativa

sobre o tema. A modalidade exploratória pretende conhecer melhor o universo de estudo e converter o conhecimento ao mundo acadêmico (PRATT; BONACCIO, 2016).

Vale ressaltar que devido à abordagem metodológica escolhida ser qualitativa, as informações não devem ser analisadas de maneira quantitativa, estando limitado às unidades pesquisadas no estudo de caso múltiplo.

Sujeitos da Pesquisa

Buscou-se diversificar o entendimento do problema através da seleção de gestores dos 03 (três) níveis de gestão, sendo: 02 superintendentes, 02 coordenadores de área e 06 gerentes técnicos que trabalhassem nas áreas de planejamento que possuem menores índices de desenvolvimento social do município do Rio de Janeiro de acordo com o último CENSO do IBGE realizado em 2010.

Esses sujeitos foram escolhidos visando à contribuição do papel deles para o entendimento do problema da pesquisa (CRESWELL, 2010). A escolha das unidades foi realizada por sorteio. Os sujeitos foram selecionados por carta convite, respeitando o critério de apresentar pelo menos 05 (cinco) anos de experiência no SUS.

Procedimento de coleta e análise de dados

Como observado na literatura que a triangulação de dados e evidências e a utilização de múltiplas fontes é um critério que eleva a confiabilidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004; MARTINS, 2008; VOSS; TSIKRIKTSIS; FROHLICH, 2002; YIN, 2005), este estudo seguiu o princípio de maior credibilidade e por isto realizou o uso dos métodos: entrevista não-estruturada, análise documental e observação direta não-participante no processo de coleta de dados.

As entrevistas semiestruturadas foram construídas com base nas dimensões encontradas na literatura científica e seguiram a mesma ordem com todos os entrevistados. No total foram realizadas 13 perguntas divididas em dois blocos: informações sociodemográficas e questões relacionadas a barreiras de acesso, incluindo uma seção destinada ao Acolhimento, buscando entender como o Acolhimento era percebido: uma barreira de acesso ou uma oportunidade de ampliar o acesso dos usuários às unidades básicas de saúde do município?

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho de cada gestor sendo utilizado o gravador da marca zoom H6, para captação dos áudios das entrevistas. Durante a realização das

entrevistas, a pesquisadora se manteve neutra não tecendo comentários sobre as respostas, limitando-se apenas em seguir o roteiro, não interferindo e nem interrompendo os entrevistados, deixando os mesmos à vontade para se expressarem. Na observação da pesquisa de conta a pesquisadora notou que as unidades de saúde apresentam um número maior de pacientes no período da manhã, e nos dias de chuva ocorre maior esvaziamento. As unidades aparentavam limpeza e organização, e possuíam acolhimento realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Conforme o Quadro 2, o tempo médio das entrevistas foi de 28,56 (vinte e oito minutos e cinquenta e seis segundos). Foi gravado o áudio para posterior transcrição e anotado apontamentos sobre as condições de cada local durante as visitas de campo.

Quadro 2 – Condições de realização das entrevistas

Entrevistado	Cargo	Local	Data	Tempo de gravação
E1	Gerente Técnico	Clínica da Família	10/05/2023	00:35:20
E2	Coordenador de área	Coordenadoria de área de planejamento	27/04/2023	00:25:24
E3	Gerente Técnico	Clínica da Família	24/04/2023	00:26:58
E4	Superintendente	Subsecretaria	03/05/2023	00:28:32
E5	Gerente Técnico	Clínica da Família	24/04/2023	00:32:34
E6	Gerente Técnico	Clínica da Família	24/04/2023	00:42:45
E7	Gerente Técnico	Clínica da Família	28/04/2023	00:30:46
E8	Superintendente	Subsecretaria	11/05/2023	00:28:09
E9	Coordenador de área	Coordenadoria de área de planejamento	24/04/2023	00:29:20
E10	Gerente Técnico	Clínica da Família	24/04/2023	00:25:40

Fonte: Elaboração própria.

É fundamental que se realize transcrição da entrevista logo após seu término, permitindo maior fidelidade à transcrição, além de contribuir para reformulação das perguntas para outros entrevistados (ZANELLI, 2002; FRÖHLICH, 2021). Além disso, sugere-se que se retorne à transcrição das entrevistas realizadas, para confirmar a veracidade, rejeitar interpretações do pesquisador ou complementar informações (ZANELLI, 2002).

Utilizando o método sugerido por FRÖHLICH (2021), prosseguimos com os processos de cada etapa:

a) Os dados coletados foram transcritos pela própria pesquisadora, e os apêndices digitalizados em formato “pdf”. Após a coleta e organização dos dados, foi realizada a impressão dos mesmos e leitura de todas as informações coletadas para um entendimento global do tema;

b) Para a etapa de análise propriamente dita, foi realizada a categorização, por dimensão;

c) Posteriormente foi realizada a codificação para gerar uma descrição detalhada das informações, bastante útil em estudos de caso.

d) Através de narrativa foi representada a informação coletada.

A última etapa foi composta pela interpretação de dados. Para a codificação dos dados e análise qualitativa foi utilizado o *software* ATLAS.ti (*versão 23*).

Validade e Confiabilidade da pesquisa

Na pesquisa qualitativa, alguns autores orientam que a investigação precisa cumprir três critérios: validade (YIN, 2005), generalização (GUMMESSON, 2007) e confiabilidade (YIN, 2005; GUMMESSON, 2007). Para aumentar a validade, é proposto que se utilize de casos múltiplos por permitirem maiores generalizações (YIN, 2005), visando a qualidade e sucesso da pesquisa científica (YIN, 2005; GUMMESSON, 2007). Por isso, no desenho desse estudo optou-se por utilizar o modelo de casos múltiplos.

Outro recurso utilizado para obter uma maior validade e confiabilidade no estudo, após a coleta de dados, transcrição dos mesmos e organização, os gestores participantes receberam um arquivo com as informações e validaram suas falas. Nenhuma modificação foi sugerida por eles. Esse processo baseou-se na conclusão de Freitas e Jabbour (2011) que sugerem que posterior a organização dos dados, eles sejam enviados aos entrevistados para confirmação, sendo esta etapa importante para validação dos dados fornecidos.

Já visando melhorar a confiabilidade da pesquisa, Amankwaa (2016) corrobora com Lincoln e Guba (1985), que sugerem duas formas mais relevantes para aumentar a confiabilidade de uma investigação são a combinação de várias fontes de dados que podem ser recolhidas em momentos diferentes e a triangulação, que pode assumir duas formas: “no interior” do método e “entre” métodos. A triangulação feita “no interior” do método envolve a replicação do estudo com o objetivo de verificar a sua confiabilidade e confirmação dos resultados. Assim, os dados obtidos em entrevistas podem ser complementados e verificados por técnicas de observação ou pela análise de documentos. A outra forma de triangulação sugere o emprego de duas ou mais metodologias no estudo da mesma unidade empírica (AMANKWAA, 2016).

Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa feita com humanos, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estácio de Sá sob CAAE: 70128823.30000.5284. Os dados foram coletados por meio de 10 entrevistas semiestruturadas, realizadas de forma presencial e gravadas com o gravador

da marca Zoom H6, nos meses de Abril e Maio de 2023. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estavam de acordo com a justifitiva e riscos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico dos gestores entrevistados

Os sujeitos entrevistados foram receptivos com a pesquisadora e aceitaram prontamente o convite para a participação na pesquisa. A pesquisadora percorreu as unidades de saúde das áreas 5.3, 5.2, as coordenações de área localizadas em Santa Cruz e Campo Grande e o nível central da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, localizada no Centro Administrativo da Prefeitura do Rio de Janeiro, no bairro Cidade Nova.

Para garantir a confiabilidade da pesquisa, os nomes dos entrevistados e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não serão revelados. Conforme descrito no Quadro 3, todos os gestores entrevistados possuem nível superior na área da Saúde, 09 (nove) possuem pós-graduação, sendo 03 (três) *strictu senso* (Mestrado) e 06 (seis) *lato senso* (especialização / MBA). Dos entrevistados 05 (cinco) são enfermeiros e apenas 01 (um) é médico atuante na gestão. O tempo médio da carreira profissional dos entrevistados no SUS é de 12,5 anos.

Quadro 3 – Perfil dos Entrevistados.

Gestor	Sexo	Idade	Cargo	Tempo no Cargo	Tempo no SUS	Formação (Graduação)	Formação (Pós-graduação)
E1	Masculino	43	Gerente Técnico	03 anos	17 anos	Odontologia	Lato Sensu em saúde da família
E2	Masculino	40	Coordenador de área	02 anos	16 anos	Odontologia	Stricto sensu em saúde pública
E3	Feminino	40	Gerente Técnico	05 anos	17 anos	Enfermagem	Lato Sensu em saúde da família
E4	Feminino	35	Superintendente	03 meses	13 anos	Enfermagem	Lato Sensu em saúde coletiva
E5	Feminino	35	Gerente Técnico	01 ano e 04 meses	10 anos	Enfermagem	Lato Sensu em saúde da família
E6	Feminino	42	Gerente Técnico	07 anos	10 anos	Farmácia	-
E7	Feminino	34	Gerente Técnico	02 anos	07 anos	Enfermagem	Lato Sensu em saúde da família
E8	Feminino	37	Superintendente	02 anos	12 anos	Medicina	Stricto Sensu em saúde pública
E9	Masculino	47	Coordenador de área	01 ano	20 anos	Enfermagem	Lato Sensu em gestão de saúde
E10	Feminino	35	Gerente Técnico	01 ano	11 anos	Nutrição	Lato Sensu em saúde pública

Fonte: Elaboração própria.

Cabe destacar que os cargos de superintendente e coordenador é por nomeação no serviço público estando a critério da gestão da Secretaria de Saúde e, o cargo de gerente técnico é por CLT, obedecendo critérios estabelecidos em diário oficial do município para preenchimento da vaga.

Análise das evidências coletadas

A análise dos dados obtidos permitiu a elaboração de uma nuvem de palavras através do aplicativo ATLAS.ti, representando de forma visual os termos frequentes citados pelos gestores, que apresentavam mais de quatro letras. Com isso, foi possível identificar os termos mais usuais e entender a importância deles na rotina desses gestores.

A palavra de maior utilização foi "gente" conforme descrito na Figura 1. Esse dado demonstra que na perspectiva dos gestores as pessoas são encaradas como parte ativa no processo de trabalho, estando incluídas com frequência no vocabulário do ambiente corporativo, estando de acordo com o que é preconizado no Caderno de Atenção Básica, número 28 (2013).

Figura 1 – Nuvem de palavras com termos mais frequentes citado pelos gestores entrevistados



Fonte: Elaboração própria.

Todavia, ao verificar como acolhimento vem sendo percebido pelos gestores, observou-se que dos dez entrevistados apenas 02 (dois) citaram o acolhimento como uma ferramenta capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde, enquanto 08 (oito) identificaram como uma barreira de acesso. A ausência de um acolhimento qualificado pode criar de fato barreiras de acesso, mas um acolhimento com escuta ativa e criação de vínculo pode ampliar o acesso (SANTOS; NUNES, 2023). De acordo com Carvalho *et al*. (2024) os desafios para implementação de um acolhimento efetivo vão desde o entendimento do que é acolhimento na prática e a ausência de capacitação dos profissionais nesse âmbito. Buscando minimizar isso, proposta como Acolhimento por Equipe e a Nota Técnica N.º 11/2022 – SES/SAIS/COAPS, que orienta a implantação do Acolhimento Único, são propostas que vem sendo discutidas para que o acolhimento seja utilizado como uma estratégia de ampliação ao acesso (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020; BRASIL, 2022).

Uma habilidade que tem sido muito discutida no processo de acolhimento é a capacidade de escuta. A escuta ativa dos profissionais é fundamental para a garantia do vínculo entre profissional e usuário, sendo esta capacidade aprimorada através de qualificações permanentes sobre o papel de cada elo da equipe (COUTINHO, 2015). Quando o profissional não está preparado para o acolhimento ocorre uma quebra de vínculo formando uma barreira de acesso.

> (...) A gente trabalha com seres humanos profissionais e na porta, ele é muito baseado em vivência, em dia a dia, então as vezes aquela pessoa que está ali pra pedir um atendimento, ela tem lá as suas vivências, os seus estigmas e quem tá ali atendendo, também, e isso às vezes entra em choque, isso é um grande problema, porque quando acontece um choque você tem perda de vínculo e quando se tem perda de vínculo você cria uma barreira (E2).

O gestor destaca a importância da educação continuada ao exemplificar a dedicação necessária por parte dos profissionais que atuam no acolhimento aos usuários, demonstrando como essa abordagem pode contribuir para a ampliação do acesso. O entrevistado ressalta que, para além das orientações fornecidas pela equipe, é fundamental que o profissional demonstre interesse genuíno pelo cuidado com o paciente, enfatizando a importância do fator humano nesse contexto. Diante desse cenário complexo, torna-se imprescindível o fortalecimento do SUS como política pública, alinhado com os princípios da PNH (BRASIL, 2016).

> (...) A gente resolve quando dá e quando não dá a gente orienta, mas é nitidamente que eu acho que a boa vontade também, o interesse pelo que o outro está falando, isso é muito importante também pra direcionar, e nem todo mundo que trabalha com o público tem a paciência que deveria ter com o público, então eu acredito que isso também é um fator (E3).

A participação e responsabilização dos profissionais em práticas de educação permanente em saúde, constitui-se um desafio a ser superado, portanto é necessário que os gestores reavaliem métodos educativos que objetivam o agir e pensar durante os processos de trabalho (SILVA LAA, *et al.,* 2017).

> (...) Considero, dependendo do profissional que atende, da forma que atende, e de qualquer implicação nisso como o preconceito, o destrato, o paciente não retorna na Unidade, já recebemos queixas, ouvidorias quanto à isso e aí a gente entende que isso é uma barreira de acesso sim (E4).

Novamente o gestor relata que a forma como o paciente é acolhido pode representar uma barreira devido ao preconceito ou destrato realizado pelo profissional de saúde, para que não ocorram esse tipo de comportamental é fundamental que os profissionais participem de treinamentos constantes, conforme também prevê a PNH.

> (...) A maneira como o usuário é tratado justifica a sua experiência, então essa experiência ela precisa ser positiva se a gente já tem um profissional que não compreende o funcionamento de acesso correto, se ele tem que por exemplo dar "bom dia" chamar a pessoa pelo nome, orientar, é óbvio que isso vai ter impacto, se for uma pessoa que não necessariamente frequenta aquela unidade acha que não precisa, o paciente tratando uma tuberculose bateu uma vez, bateu duas vezes e não conseguiu, uma mulher precisando pegar o seu remédio para não engravidar, bateu uma vez não conseguiu, bateu uma segunda vez foi maltratada é óbvio que ela vai ter dificuldade de acesso (E8).

A experiência no serviço de saúde vai determinar a continuidade no tratamento ou não, se o paciente não é acolhido adequadamente ele se afastará e não continuará seu tratamento, podendo ter uma piora no seu estado de saúde, o levando a sobrecarregar o sistema de urgência e emergência, por razões que poderiam ser resolvidas na própria Atenção Primária. Fica evidente que o treinamento constante das equipes para o acolhimento é importante e fundamental, para garantir que a APS seja de fato a porta de entrada do SUS.

> (...) Tem pessoas que as vezes não escuta o que o paciente quer e as vezes ele só quer sair daqui com uma satisfação, uma orientação e é o jeito que fala, o jeito que se explica, isso pode criar uma barreira de acesso pra eles (E1).

Na mesma linha é relatado que o profissional que está acolhendo precisa compreender o que está sendo solicitado para orientar de maneira correta. Infelizmente a população muitas vezes não entende como funciona o serviço e precisa que o profissional seja claro e objetivo em suas orientações. Ao implementar um modelo de acolhimento em uma APS em um município do Nordeste brasileiro, Melo *et al*. (2022) concluiu que a implementação foi capaz de gerar mudanças significativas no impacto da gestão (MELO *et al*., 2022).

Para que o acolhimento aos usuários ocorra satisfatoriamente, é importante um programa periódico de qualificação dos profissionais para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar (FAGUNDES *et al*., 2004).

CONCLUSÕES

A importância do papel do Acolhimento como uma ferramenta de acesso à APS é inegável, podendo contribuir para a redução de filas, a organização do fluxo de atendimento e a priorização de casos mais urgente. Todavia, este estuo abarca a visão dos gestores do município do Rio de Janeiro, trazendo a luz que o Acolhimento, que deveria ser um ponto de ampliação do acesso em saúde, vem se tornando mais uma barreira entre tantas outras como: financiamento, ofertas de serviços, recursos humanos, entre outros.

Em meio a tantas variáveis presentes na APS, este texto buscou uma compreensão do estado da arte relacionado ao Acolhimento, a partir de uma análise qualitativa. Com base nessa compreensão do cenário atual, verificou-se que os gestores que perceberam o Acolhimento como uma barreira e justificaram essa visão com base no que é observado da postura profissional e os choques de comunicação entre profissional e usuário. Após a interpretação dos dados, foi possível observar que o Acolhimento foi abordado como uma falha humana, onde nem todos os dias os colaboradores estão bem e isso pode interferir na forma como o usuário é atendido. Houve relatos de que realizam treinamento periódico com a equipe e que buscam manter o clima organizacional favorável para que não interfira no atendimento ao público. Nesse sentido, novas propostas de capacitação profissional, escuta ativa desses profissionais, redução de sobrecarga de trabalho e melhoria da infraestrutura poderiam ser caminhos para se mudar esse contexto.

Um outro ponto de atenção sinalizados pelos gestores foi a dificuldade em trabalhar as crenças individuais da população, esbarrando com o atributo da APS de Competência Cultural, e como esta dimensão pode interferir negativamente em alguma conduta médica e até mesmo o afastamento do usuário na unidade de saúde, caso ele considere que seu problema de saúde pode o expor de alguma maneira aos seus pares que residem na mesma localidade.

Diante do cenário mapeado emerge a indagação se essa percepção se faz presente em outros estados do país, mesmo o Brasil sendo um dos países mais citados como exemplo onde o acolhimento na APS tem sido implementado de forma significativa, especialmente devido a sua inclusão na PNH. Pesquisas futuras podem explorar soluções de melhorias para a questão do Acolhimento, trazendo propostas que mostrem uma mudança de visão na prática para que essa ferramenta posso ser usada em sua totalidade e percebida como uma oportunidade de acesso ao invés de uma barreira.

REFERÊNCIAS

BHUTTA, Z. A. *et al*. “Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make?” **The Lancet**, vol. 372, n. 9642, 2008.

BITTON, A. *et al*. “Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low-and middle-income countries”. **Journal of General Internal Medicine**, vol. 32, 2017.

BLOOM, G. “Universal health coverage and primary healthcare: Lessons from Japan: comment on achieving universal health coverage by focusing on primary care in Japan: Lessons for low-and middle-income countries”. **International Journal of Health Policy and Management**, vol. 6, n. 4, 2017.

BRASIL. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 04/12/2024.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 04/12/2024.

BRASIL. **Qualificação do cuidado e do acesso nas unidades básicas de saúde (UBS) do Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 04/12/2024.

CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. L. "Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS)". **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 24, 2020.

CARVALHO, E. M. P. *et al*. "Acolhimento à demanda espontânea na atenção primária: percepção dos enfermeiros". **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, vol. 7, n. 14, 2024.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. "Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa". **Saúde em Debate**, vol. 39, 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e misto. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

CUNHA, C. R. H. *et al*. "Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 25, 2020.

FAGUNDES, S. *et al*. **Acolhimento em Porto Alegre**: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004.

FRANCO, T. B. *et al*. "O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 15, 1999.

GIOVANELLA, L. *et al*. "Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana". **Saúde em Debate**, vol. 42, 2018.

GOMIDE, M. F. S. *et al*. "A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento". **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 22, 2017.

HARZHEIM, E. *et al*. "Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 21, 2016.

KESSLER, M. *et al*. "Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários". **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 32, 2019.

LIMA, I. F. S. *et al*. "Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde da família". **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 46, 2012.

LIMA, L. D. *et al*. "Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil". **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol. 17, 2017.

MACHADO, G. A. B. *et al*. "Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais". **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 34, 2021.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. "Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados". **Saúde em Debate**, vol. 42, 2018.

MATHISON, D. J. *et al*. "Primary care spatial density and nonurgent emergency department utilization: a new methodology for evaluating access to care". **Academic Pediatrics**, vol. 13, n. 3, 2013.

MCDONALD, K. M. *et al*. **Care coordination atlas version 4**. Rockville: AHRQ Publication, 2014.

MELO, M. V. S. *et al*. "Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro". **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 26, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 04/12/2024.

OLIVEIRA, M. A.; PEREIRA, I. C. "Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 66, 2013.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. "Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 5, 2020.

RIO DE JANEIRO. "Áreas Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde - AP SMS". **DATA.RIO**, [2023a]. Disponível em: <www.data.rio>. Acesso em: 12/02/2025.

SANTOS, W. E. P; NUNES, C. J. R. "O acesso ao acolhimento e ao atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS)–análise das principais normativas: relato de experiência". **Health Residencies Journal**, vol. 4, n. 18, 2023.

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, A. W. "Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde". **Revista Mineira de Enfermagem**, vol. 16, n. 2, 2012.

SENITAN, M. *et al*. "Patient satisfaction and experience of primary care in Saudi Arabia: a systematic review". **International Journal for Quality in Health Care**, vol. 30, n. 10, 2018.

SHAHZAD, M. *et al*. "A population-based approach to integrated healthcare delivery: a scoping review of clinical care and public health collaboration". **BMC Public Health**, vol. 19, n. 1, 2019.

SILVA, L. A. *et al*. "Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde". **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 38, 2017.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. "Evaluating child care in the Family Health Strategy". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 69, 2016.

SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. "Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 22, 2017.

STARFIELD, B. "Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs". **Humanity and Society**, vol. 33, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SZWARCWALD, C. L. *et al*. "Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 26, 2021.

TESSER, C. D. *et al*. "Access to care in Primary Health Care in Brazil: situation, problems and coping strategies". **Saúde em Debate**, vol. 42, 2018.

WELL, D. N. "Accounting for the effect of health on economic growth". **The Quarterly Journal of Economics**, vol. 122, n. 3, 2007.

WHO - World Health Organization. **International Conference on Primary Health Care**. New York: 1978. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 02/01/2025.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano VII | Volume 21 | Nº 61 | Boa Vista |2025

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima