

Esperança e desespero: reflexões sobre o acesso na Atenção Primária à Saúde

Hope and despair: reflections on access in Primary Health Care

Esperanza y desesperación: reflexiones sobre el acceso en la Atención Primaria de Salud

Rafael Zaneripe de Souza Nunes¹, Vanessa Pereira Corrêa¹,
Jacks Soratto¹

¹ Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma, Santa Catarina, Brasil

Resumo

Objetivo: refletir sobre o acesso na Atenção Primária à Saúde (APS) através de analogias entre dois programas televisivos brasileiros. **Método:** trata-se de uma reflexão teórica sustentada em elementos da cultura televisiva popular brasileira, a partir dos programas: a porta da esperança e a porta dos desesperados. **Resultados:** o acesso à saúde no âmbito da APS pode ser analisado na perspectiva de três portas: esperança, na solução de suas necessidades; desespero, voltada aqueles que não conseguem encontrar soluções as suas demandas; e a prioritária, pautada nas atribuições que lhe constitui e no direito à saúde. **Conclusão:** a APS precisa superar a tipologia de porta da esperança e dos desesperados para efetivação da sua atribuição ordenadora da rede de atenção à saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Cobertura Universal de Saúde; Sistema Único de Saúde; Saúde Coletiva

Abstract

Objective: to reflect on access in Primary Health Care (PHC) through analogies of two Brazilian television shows. **Method:** this is a theoretical reflection based on elements of Brazilian popular television culture, based on the shows: the door of hope and the door of the desperate. **Results:** the access to health within the scope of PHC can be analyzed from the perspective of three doors: hope, in the solution of their needs; despair, aimed at those who cannot find solutions to their demands; and the priority, based on the attributions that constitute it and the right to health. **Conclusion:** PHC needs to overcome the typology of the door of hope and of the desperate for the achievement of its ordering attribution of the health care network.

Descriptors: Primary Health Care; Universal Access to Health Care Services; Universal Health Coverage; Unified Health System; Public Health

Resumen

Objetivo: reflexionar sobre el acceso en la Atención Primaria de Salud (APS) a través de analogías entre dos programas de televisión brasileños. **Método:** se trata de una reflexión teórica a partir de elementos de la cultura popular televisiva brasileña, a partir de los programas: la puerta de la esperanza y la puerta de los desesperados. **Resultados:** el acceso a la salud en el ámbito de la APS puede analizarse desde la perspectiva de tres puertas: la esperanza, en la solución de sus necesidades; la desesperación, dirigida a quienes no encuentran solución a sus demandas; y la prelación, con base en las atribuciones que la constituyen y el derecho a la salud. **Conclusión:** la APS necesita superar la tipología de la puerta de la esperanza y del desesperado para cumplir su tarea de organización de la red de atención a la salud.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Acceso Universal a los Servicios de Salud; Cobertura Universal de Salud; Sistema Único de Salud; Salud Pública

Introdução

A declaração de Alma-Ata¹ foi um marco para promoção e proteção da saúde, que ressaltou a necessidade de mobilização governamental, importância da Atenção Primária a Saúde (APS), contemplando aspectos da participação social, indissociabilidade da saúde em relação ao desenvolvimento socioeconômico e o acesso universal ou contato inicial com sistema de saúde.¹⁻² Passam-se mais de 40 anos desse marco histórico da saúde, e ainda é possível ver a dificuldade de garantia da equidade, mitigação progressiva das iniquidades, redução das disparidades socioeconômicas e principalmente ampliação e garantia do acesso à saúde.³

No que se refere à estruturação da APS no mundo, algumas populações mais vulneráveis acabam por carecer de suporte governamental, apresentando dificuldade no acesso aos serviços de saúde, tendo que recorrer a membros da família, comunidade ou até mesmo meios alternativos para suprir suas necessidades de saúde.⁴ A APS no Brasil possui uma cobertura superior a 73%, porém demonstra problemas de financiamento, excesso de burocratização, e também uma sobrecarga de usuários em decorrência do baixo número de profissionais.⁵ Além disso, apresenta heterogeneidade no seu acesso, em especial as populações do campo, florestas e águas.⁶ Somando-se a isso, as políticas de austeridade, tem colaborado para dificuldade do acesso universal, com pouca ou quase nenhuma ênfase no potencial de cobertura e assistência da APS.⁷

As dificuldades de conseguirem atendimento à demanda espontânea são os principais fatores envolvidos na baixa satisfação dos usuários.⁸ A APS deve praticar

ações que abranjam e envolvam igualmente situações agudas e crônicas, na perspectiva de um cuidado contínuo, centrado na pessoa, família e comunidade, com auxílio de cuidados especializados quando necessário.⁵ Nisso a APS se apresenta de maneira ambígua na prestação de assistência e acesso na rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa dualidade ancora-se por um lado no sentido do desespero, ao buscar socorro, que por vezes, frustra o usuário, tornando-o cético e ressentindo com um sistema que devia lhe proporcionar resolutividade; ou na possibilidade de esperança, como única fonte de auxílio as suas demandas de saúde. Diante dessa relação dual o presente manuscrito tem por objetivo refletir sobre o acesso na APS a partir de analogias entre dois programas televisivos brasileiros.

Método

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo que busca realizar comparações analógicas sobre o papel e acesso a APS com elementos da cultura televisiva popular brasileira, mais especificamente de dois programas que eram transmitidos em rede nacional: a porta da esperança, e a versão parodiada do programa conhecida como porta dos desesperados.

As reflexões aqui expostas se pautam essencialmente na articulação das discussões presentes na literatura científica que abarcam os diversos marcos conceituais e organizacionais da APS, e os elementos culturais da cultura televisiva brasileira, com intuito de expandir os debates em torno do real papel desse ponto da rede de saúde. No tocante, aos aspectos envolvendo os programas televisivos, utilizaram-se como fonte de pesquisa as plataformas online de suas respectivas emissoras.

Resultados

Na busca de exercer um papel alegórico para que se possam realizar as reflexões teórico-conceituais propostas, os resultados serão expostos em duas etapas distintas, explicando detalhadamente como os programas televisivos da porta da esperança e dos desesperados funcionavam. Dessa forma, será possível relacionar como os elementos culturais embricados no imaginário social extrapolam a realidade televisiva e adentram na forma de pensar e agir da população frente a estrutura organizacional da APS.

Prêmio, conquista e a esperança da porta

A “porta da esperança”, foi um programa transmitido pelo Sistema Brasileiro de Televisão (SBT), com a primeira exibição no ano de 1984. O quadro era apresentado pelo apresentador Silvio Santos, que se materializava no envio de cartas pelos telespectadores ao programa relatando seus sonhos, necessidades, e pedidos, na expectativa de serem chamadas e terem seus desejos realizados.⁹



Figura 1: Introdução do programa “porta da esperança”.

Fonte: *Youtube* - Vídeo Porta da Esperança SBT Eletrônica Santana 1986.¹⁰

A dinâmica proposta pelo programa era ancorada na concessão dos desejos dos participantes, cujo fornecimento dava-se por meio do engajamento de apoiadores e/ou patrocinadores que doavam o bem ou serviço para divulgação de seu produto ou marca. Cabe salientar, entretanto, que muitas vezes o desejo não era realizado, e o participante recebia em partes o que queria, ou apenas algo semelhante, gerando frustração. Há diversos vídeos na plataforma *YouTube* que apresentam de forma cômica pessoas que receberam exatamente aquilo que desejavam, e acabaram se decepcionando ao se deparar com o prêmio, vendo que talvez, a oportunidade de receber algo tenha sido desperdiçada.

Ao realizar uma analogia da APS, destaca-se a postura de filantropia e clientelismo, o que diverge do direito constitucional a saúde. Assumir a APS como uma

porta de esperança é diminuir a conquista legal materializada pela criação do SUS. O usuário precisa entender o serviço, não como uma concessão de benefícios, assim como o profissional e gestão de saúde não pode assumir uma postura clientelista de estímulo a dependência. O acesso na APS não representa uma esperança, cujo hora é atendido suas demandas por vezes negadas, mas sim incorporada como um direito que deve ser fortalecido, estimulado e garantido.

Monstros e o desespero da porta

A “porta dos desesperados” consistia num programa “paródia” que fazia alusão a “porta da esperança” apresentada pelo comediante Sérgio Mallandro.¹¹ O jogo proposto para os “desesperados” era diferente: ao invés do indivíduo ganhar diretamente o que gostaria como na “porta da esperança”, era lhe dado a opção de escolher entre três portas, onde apenas uma delas haveria o prêmio, enquanto as outras, tinham em seu interior monstros, que ao serem “libertados” perseguiriam os participantes.¹²



Figura 2: Opções de escolha na “porta dos desesperados”.

Fonte: Youtube - Relembre o clássico "Porta dos Desesperados" do Oradukapeta.¹³

Para participar da escolha das portas, o apresentador sempre perguntava as crianças se eram bons alunos e se tiravam boas notas na escola, caso contrário, não poderiam exercer seu direito de escolha. Além disso, o programa também se baseava no paradoxo das três portas do programa americano “*Let’s Make a Deal*”, visto que trabalhava com questões de probabilidades estatísticas nas escolhas, cujo prêmio

encontrava-se apenas em uma porta.¹¹ Mesmo que o participante escolhesse uma porta, no momento final era permitido que antes da abertura, fosse trocado de porta, gerando um impasse intuitivo, levando a incerteza de permanecer na escolha inicial, ou o medo de trocar de porta e perder o prêmio. Quando esta porta é aberta, o “monstro” se personifica na infelicidade e corre atrás de quem a abriu, caçando sua esperança e frustrando suas expectativas. Essa lógica reportada ao acesso na APS se estabelece na perspectiva de que existam “maus” e “bons” usuários, que seriam dignos ou não de maior investimento assistencial. Além disso, o impasse probabilístico das portas, leva ao receio de não saber o que irá se encontrar: a resolução (o prêmio) ou a monstruosidade? A assistência ou a negligência? Estes entraves fazem com que o usuário pense duas vezes antes de recorrer ao SUS, mais especificamente a APS, onde o acesso pode não ocorrer, ou caso “ocorra”, seja feito de modo irregular.

Mas o que seriam esses monstros? Talvez os profissionais que olham com desprezo ao usuário que entra em uma Unidade de Saúde; a ausência de continuidade da assistência ao usuário do território adscrito; o monstro do agendamento devido ao atendimento engessado em um horário específico da semana, entre tantos outros monstros que se materializam na prática dos serviços fazendo que a APS, por vezes, crie o imaginário do desespero e monstruosidade. O acesso na APS não deve representar uma porta promotora do desespero, ao contrário, deve ser um dispositivo para acolher e prestar assistência digna a todos, em especial aos desesperados e “desvalidos” socialmente.

Discussão

A APS é a principal porta de entrada do SUS, considerada o meio preferencial para adentrar-se no sistema, agindo como centro de comunicação e coordenadora do cuidado com os demais serviços da rede.¹⁴ Essa entrada é denominada como abrangente ou ampliada, relativa a uma nova concepção de modelo assistencial e reorientação e organização dos sistemas de saúde, na busca da garantia da atenção integral.¹⁵ Entretanto, no Brasil, apesar da ampliação significativa do número de unidades físicas de APS em alguns locais, esta porta ainda permanece estreita, decorrente da estagnação do sistema em modelos organizativos contraproducentes a lógica priorizada pelo SUS.¹⁶ Nesse sentido, o usuário que se adequa as ofertas do

próprio sistema, e não o sistema que se adequa as necessidades do usuário, fragmentando o cuidado e deixando de exercer a integralidade.¹⁷

O acesso não pressupõe o simples agendamento de consultas ou assistência a demanda espontânea, mas a humanização do cuidado, que também repercute para os níveis de avaliação do usuário para com o cuidado prestado na APS.⁸ A APS deve viabilizar o acesso à complexas necessidades, não apenas de saúde, mas sociais, e quando desvinculada de seus princípios estreita-se a passagem do usuário para adentrar no sistema.¹⁶ Nisto, podemos pensar que a universalidade do acesso reflete em ações que ampliem a cobertura assistencial do SUS, com forte apoio da APS, estruturação das UBS, garantia de insumos, e também provisão e formação de trabalhadores para o sistema público de saúde.¹⁸ Há também uma relação entre a satisfação do usuário com a resolução dos seus problemas de saúde, influenciando na forma como este avalia o atendimento.⁸

Propõe-se então, imaginarmos por um momento, a APS como uma porta de casa, cuja fachada, estrutura e decoração podem representar os níveis de acolhimento e efetivação do acesso. Essa porta, estaria aberta? Ao menos, disposta a se abrir? Nesta porta, há um “olho mágico” que cerceia a recepção e assistência dos usuários que ali buscam visitar? A acolhida desta porta se dá de que forma? O usuário é recebido como um estranho ou familiar?

A APS como porta preferencial deve estar aberta, sem barreiras para cercear o direito a saúde, sem olhares preconceituosos a queixa, sem cerceamento do ingresso. Sabe-se que toda e qualquer analogia possui suas limitações na representação da realidade, mas a ilustração destes problemas serve para uma reflexão prática e alegórica dos problemas cotidianos que se encontra na relação serviço-usuário-profissional. Enquanto porta de entrada prioritária para o SUS, a APS em seus aspectos legislativos e ontogênicos, é estruturalmente o ponto da rede em contato com a dimensão primária das necessidades humanas, pois se estabelece em território comunitário, social, para o indivíduo e sua família. Esta porta, quando efetiva, produz saúde e integração comunitária.

O acesso está firmado nos aspectos legislativos e teóricos relativos à APS, entretanto este ponto de atenção ainda carece de ações integrativas na produção de

saúde, envolvendo o usuário e conseqüentemente impactando em sua satisfação. Para que esta integração tenha bons resultados, é preciso a aproximação tanto dos gestores, quanto dos profissionais e usuários para identificar as barreiras de acesso e as divergências entre estes.¹⁹ Além dessa pactuação, deve-se levar em consideração a sobrecarga dos profissionais de saúde, decorrente da necessidade de reduzir o número de usuários por equipe para que se melhore os processos de trabalho, mantendo um equilíbrio no cuidado longitudinal e espontâneo.²⁰ Na mesma perspectiva, a abertura das unidades de saúde após horário de trabalho e finais de semana contribuem para a inversão da lógica das barreiras de acesso constituídas para os trabalhadores, ressaltando novamente a importância de um maior número de equipes inclusive em determinadas unidades.¹⁹

A abertura de novas “portas”, portanto, tem potencial de transformar o acesso “desesperado” no acesso da “esperança”, não da lógica do clientelismo, mas do direito de modo universal e fortalecimento do controle social e da cidadania. Por outro lado, o sucateamento progressivo do SUS, cria barreiras que não permitem o acesso, ou quando permitem, trata-se de uma assistência precária, desvinculada aos princípios previamente estabelecidos como essenciais.²¹ Com isso, o acesso resolutivo e integral, se torna um vislumbre da esperança.

Não obstante, a realidade político-institucional brasileira, cada vez mais toma medidas para dismantelar direitos constitucionais, por meio do contingenciamento e congelamento dos gastos públicos na saúde.²¹⁻²² Esta política econômica por sua vez, se desvinculada das projeções epidemiológicas, que preveem um maior número de pessoas com deficiências utilizando os serviços públicos de saúde, que impõe a necessidade de investimento para a adequação dos ambientes assistenciais a fim de prestar acesso equânime a esses usuários.²²

Destaca-se ainda as mudanças estruturantes e atuais do Programa Previne Brasil no âmbito da APS. Tendo em vista as barreiras histórico-institucionais da APS para a aplicabilidade do cuidado integral, o movimento proposto pelo programa aumentou a flexibilidade e autonomia dos municípios para gerar maior eficiência e desempenho. Acredita-se que o modelo de financiamento do programa pode ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços, uma vez que busca equilibrar os valores financeiros

per capita dos usuários cadastrados na APS e o desempenho assistencial das equipes, além de incentivos a ampliação de horário e informatização dos serviços.²³

Ainda incipiente, o novo modelo divide opiniões, gerando debates sobre a relação “qualidade-quantidade”. Embora a ampliação no número de atendimentos e nos horários de trabalho das unidades sejam pontos positivos, perde-se aspectos vinculares na longitudinalidade e territorialização do cuidado, uma vez que a relação das equipes com o *locus* de atuação se perde, com a possível diminuição do número de ACS e divisão da carga horária de trabalho entre diferentes UBS por outros profissionais da equipe.²³⁻²⁴

Outro fator importante é a tendência dos sistemas de saúde em integrar os tratamentos de saúde mental junto à atenção primária. O problema, é que está integração geradora de resultados positivos aos usuários, geralmente, é feita em países com uma boa capacidade funcional na APS, visto que países de baixa renda ou em desenvolvimento (como o Brasil), apresentam escassez de recursos para ter a capacidade necessária de exercer um cuidado integral neste ponto de atenção.²⁵ A dificuldade em exercer o cuidado integral geram lacunas na assistência à saúde, no qual os usuários destacam a necessidade de escuta qualificada, acolhimento, vínculo, humanização e continuidade na assistência. Muito embora esses sejam pontos levantados não somente por usuários de saúde mental na APS.⁸⁻¹⁹

Somando-se a problemática supracitada, cabe destacar o impacto da pandemia do novo coronavírus, expondo ainda mais as fragilidades do SUS e impactando diretamente o funcionamento da APS, gerando uma “crise dentro da crise”. Dessa forma, urge a necessidade de a APS assumir seu protagonismo como ordenadora do cuidado no SUS, uma vez que a luta para se vencer pandemia, fortalecer o SUS e o direito à saúde de todo brasileiro, passa primeiramente pelo fortalecimento da própria APS.

Conclusão

A forma como a APS estrutura-se é essencial, visto sua função organizativa e coordenadora do sistema não se limitando a resolutividade de todos a agravos ou necessidades. Quando mal estruturada, fora de seus princípios e diretrizes, é a causa do desespero do usuário no sistema, é o estreitamento do caminho na resolução dos seus problemas. Não façamos da APS moeda de trocas político-institucionais ilusórias como a

porta da esperança, nem a causa da negligência e infelicidade dos usuários tipificando a *porta dos desesperados*. A APS deve-se estruturar em torno do que lhe é atribuída, do que lhe é dever de ser, a porta prioritária e entrada ordenadora de diversos outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata, International Conference On Primary Health Care, USSR, 1978 [Internet]. Geneva (CH): WHO; 1978 [cited 2022 Apr 15]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
2. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad Saúde Pública. 2018;34(8):1-5. doi: 10.1590/0102-311X00029818
3. Bhutta ZA, Atun R, Ladher N, Abbasi K. Alma Ata and primary healthcare: back to the future. BMJ. 2018;363:1-2. doi: 10.1136/bmj.k4433
4. Figueira MCS, Silva WP, Silva EM. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2018;71(3):1178-88. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0441
5. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. Saúde Debate. 2018;42(N Esp 1):361-78. doi: 10.1590/0103-11042018S125
6. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? Saúde Debate. 2018;42(N Esp 1):302-14. doi: 10.1590/0103-11042018S120
7. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(7):2303-14. doi: 10.1590/1413-81232018237.09192018
8. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface (Botucatu). 2018;22(65):387-98. doi: 10.1590/1807-57622016.0633
9. Feltrin R. 10 mil já mandaram cartas para "Porta da Esperança", do SBT [Internet]. São Paulo: Universo Online; 2020 [acesso em 2020 nov 21]. Disponível em: <https://www.uol.com.br/splash/noticias/oops/2020/01/21/10-mil-mandam-cartas-para-tentar-a-porta-da-esperanca-do-sbt.htm>
10. Pereira R. Vídeo Porta da Esperança SBT Eletrônica Santana 1986 [Internet]. 2019 [acesso em 2022 fev 13]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=n07vJG_OmqA&t=34s
11. Sistema Brasileiro de Televisão (SBT). Oradukapeta com Sérgio Mallandro é o tbtSBT que faltava... mesmo! [Internet]. São Paulo: SBT; 2019 [acesso em 2020 nov 21]. Disponível em: <https://www.sbt.com.br/especiais/tbt-sbt/fiquepordentro/121733-oradukapeta-com-sergio-mallandro-e-o-tbtsbt-que-faltava-mesmo>
12. Soldatelli A. O paradoxo da Porta dos Desesperados. Sci Ind. 2017;4(4):228-31. doi: 10.18226/23185279.v4iss4p228
13. Sistema Brasileiro de Televisão (SBT). Relembra o clássico "Porta dos Desesperados" do Oradukapeta [Internet]. São Paulo: SBT; 2019 [acesso em 2022 fev 13]. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=zotSjxA0r0s>

14. BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 nov. 2020.
15. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública*. 2008;24(s1):21-3. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>
16. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(35):797-810. doi: 10.1590/S1414-32832010005000029
17. Chagas HMA, Vasconcelos MPC. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. *Saúde Soc*. 2013;22(2):377-88. doi: 10.1590/S0104-12902013000200010
18. Menezes ELC, Verdi MIM, Scherer MDA, Finkler M. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(5):1751-64. doi: 10.1590/1413-81232020255.33462019
19. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(11):3321-31. doi: 10.1590/S1413-81232013001100022
20. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude Soc*. 2014;23(3):869-83. doi: 10.1590/S0104-12902014000300011
21. Sousa MF, Prado EAJ, Leles FAG, Andrade NF, Marzola RF, Barros FPC, et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde Debate*. 2020;43(N Esp 5):82-93. doi: 10.1590/0103-11042019S507
22. Santos MLM, Fernandes JM, Vicente DP, Simionatto J, Sanches VS, Souza AS, et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):1-11. doi: 10.5123/s1679-49742020000200022
23. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(4):1181-88. doi: 10.1590/1413-81232020254.01022020
24. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(2):3781-86. doi: 10.1590/1413-81232021269.2.01072020
25. Sørensen CW, Bæk O, Kallestrup P, Carlsson J. Integrating mental health in primary healthcare in low-income countries: changing the future for people with mental disorders. *Nord J Psychiatry*. 2017;71(2):151-7. doi: 10.1080/08039488.2016.1245784

Contribuições de Autoria

1 – Rafael Zaneripe de Souza Nunes

Autor correspondente

Psicólogo - E-mail: rafaelzaneripe@unesb.net

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

2 – Jacks Soratto

Enfermeiro - E-mail: jacks@unesc.net

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

3 – Vanessa Pereira Corrêa

Fisioterapeuta - E-mail: vanessacorrea@unesc.net

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

Editora Científica Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editora Associada: Maria Denise Schimith

Como citar este artigo

Nunes RZS, Corrêa VP, Soratto J. Hope and despair: reflections on access in Primary Health Care. Rev. Enferm. UFSM. 2022 [Access: Year Month Day]; vol.12 e17: 1-12. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769266747>