

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUCAS HENRIQUE LOPES SILVA

**BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE EM ALAGOAS: ENTRE O  
ENFRENTAMENTO E A SUPERAÇÃO**

Maceió - AL

2022

LUCAS HENRIQUE LOPES SILVA

**BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE EM ALAGOAS: ENTRE O  
ENFRENTAMENTO E A SUPERAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira.

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Me<sup>a</sup>. Danielly Santos dos Anjos Cardoso.

Maceió – AL

2022

**Catálogo na fonte Universidade  
Federal de Alagoas Biblioteca  
Central  
Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S586b Silva, Lucas Henrique Lopes.  
Barreiras de acesso à saúde em Alagoas: entre o enfrentamento e a  
superação / Lucas Henrique Lopes Silva. - 2022.  
58 f.

Orientadora: Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira.  
Coorientadora: Danielly Santos dos Anjos Cardoso.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –  
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 41-47.  
Anexos: f. 48-58.

1. Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. 2. Atenção primária à  
saúde. 3. Enfermeiras de saúde da família. I. Título.

CDU: 616-083

**Folha de aprovação**

**LUCAS HENRIQUE LOPES SILVA**

**BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE EM ALAGOAS: ENTRE O  
ENFRENTAMENTO E A SUPERAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao corpo docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus A.C. Simões, e aprovada em 03 de novembro de 2022.

**Banca Examinadora**

Documento assinado digitalmente



**KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO**

Data: 06/11/2022 09:09:11-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, Escola de Enfermagem (EENF), Universidade Federal de Alagoas (Orientadora)

Documento assinado digitalmente



**DANIELLY SANTOS DOS ANJOS CARDOSO**

Data: 07/11/2022 22:25:35-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Me<sup>a</sup>. Danielly Santos dos Anjos Cardoso, Escola de Enfermagem (EENF), Universidade Federal de Alagoas (Examinadora Interna)

Documento assinado digitalmente



**CELIA ALVES ROZENDO**

Data: 08/11/2022 11:26:35-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Célia Alves Rozendo, Escola de Enfermagem (EENF), Universidade Federal de Alagoas (Examinadora Interna)

## AGRADECIMENTOS

Neste trabalho se encontram não só minhas palavras, percepções, deduções e induções ao leitor, mas também, o fruto da minha dedicação, meu suor, minhas lágrimas e meu orgulho.

Para que eu passasse por este momento tão árduo que é a pesquisa e escrita do Trabalho de Conclusão de Curso, eu tive vários seres de luz que me acompanharam nos melhores e piores momentos, permitindo que o resultado viesse, assim, devo expressar meus agradecimentos.

À minha avó, que permitiu ser quem sou hoje, por ser mãe, pai, avó e quaisquer graus parentescos ou de afinidade possíveis; que cuidou de mim nos momentos que eu mais precisava; e que me entendeu nos momentos que nem eu me entendia.

À minha mãe, que passou por várias barreiras por mim, por muitas vezes precisou deixar de estar com seu filho por visar proporcionar um melhor futuro para mim ao passar o dia no trabalho, nenhuma mãe deveria passar por isso, mas agradeço de coração o sacrifício pelo meu futuro.

À minha tia, que mostrou a mim que eu era capaz de entrar na universidade e que a vida não se baseava apenas no mercado de trabalho; que as responsabilidades que eu carregava eram mais leves do que eu pensava; e que a vida “canhota” é mais justa.

À Ia, que mesmo sem laços de sangue sempre me acolheu como filho e sempre me trouxe a paz mesmo quando eu nem ao menos expressava sentir falta dela.

À professora Keila, que me acolheu como orientando e sempre foi totalmente disponível e acessível às minhas necessidades acadêmicas; que esteve presente em boa parte da minha etapa acadêmica como pesquisador; e que literalmente, é a causa deste trabalho estar aqui pronto para você leitor.

À professora Dani, que me propiciou o meu primeiro contato com as barreiras de acesso e que me marcou tanto, que quatro anos depois, surgiu o clique não só do tema, mas até especificamente do artigo que fui apresentado ainda no início da graduação.

A todos os meus amigos e aos que passaram pela minha vida e estiveram próximos a mim, que me ajudaram a “segurar as pontas”, continuar meus estudos e ter capacidade plena de continuar seguindo em frente, por sempre estarem torcendo para o meu sucesso. Sinceramente, muito obrigado!

## RESUMO

**Introdução:** O acesso ao serviço de saúde é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada do usuário no serviço de saúde, sendo os diversos tipos de dificuldades presentes nessa relação chamados de barreiras de acesso. Sendo a Atenção Primária em Saúde (APS) uma das principais portas de entrada do usuário e considerando os constantes entraves e retrocessos a ela impostos, torna-se importante pensar que essas barreiras de acesso estão nela presentes. **Objetivos:** Analisar as barreiras de acesso à saúde presentes na Atenção Primária em Saúde e discutir o enfrentamento das barreiras de acesso à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, vinculada à pesquisa nacional intitulada "Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos". A coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2020 a março de 2021, por meio de entrevistas online com enfermeiras de municípios alagoanos com tipologia intermediária adjacente, selecionadas para este estudo. As gravações foram transcritas e analisadas a partir da organização dos conteúdos, com a emergência da categoria Barreiras de acesso e suas subcategorias (Tipos de barreiras). **Resultados:** Neste estudo, as barreiras de acesso à saúde foram identificadas em: geográficas; financeiras; de informação e organizacional. Ademais, pôde-se inferir que a barreira organizacional destaca -se no período da pandemia pela COVID-19 tanto pela organização dos serviços de saúde, quanto pela questão do distanciamento social. Em relação ao enfrentamento das barreiras de acesso, destacam-se a visita domiciliar, teleconsulta, alteração do horário de atendimento, aproveitamento da presença do usuário por outros motivos para um atendimento integral. **Considerações Finais:** O presente trabalho permitiu identificar as barreiras de acesso à saúde na APS de municípios alagoanos com tipologia intermediária adjacente e discutir como foi o enfrentamento dessas barreiras por parte dos usuários e equipe de saúde.

**Palavras-chave:** Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. Atenção Primária em Saúde. Enfermeiras de Saúde da Família.

## ABSTRACT

**Introduction:** Access to the health service is the factor that mediates the relationship between the demand and the user's entry into the health service, with the various types of difficulties present in these so-called access barriers. Since the Primary Health Care (PHC) is one of the main entrances for the user and considering the entrances and setbacks imposed on it, it is important to think that these access barriers are present. **Objectives:** analyze the access to health present in Primary Health Care; identify barriers and describe the confrontation of barriers to access to health. **Methodology:** This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, linked to the national research entitled "Nursing Practices in the Context of Primary Health Care (PHC): National Study of Mixed Methods". Data collection was carried out in the period from November 2020 to March 2021, through online interviews with nurses from Alagoas's municipalities with adjacent intermediate typology, selected for this study. The recordings were transcribed and analyzed based on the organization of the content, with the emergence of the Access Barriers category and its subcategories (Types of barriers). **Results:** In this study, health access barriers were identified in: geographic; financial; information and organizational. In addition, it could be inferred that the organizational barrier stands out in the period of the COVID-19 pandemic, both for the organization of health services and for the issue of social distancing. Regarding the confrontation of access barriers, home visits, teleconsultation, changing the opening hours, taking advantage of the user's presence for other reasons for a holistic care stand out. **Final considerations:** The present work made it possible to reveal the access to health in the PHC of Alagoas municipalities with adjacent intermediate typology, the access barriers and how users and the health team faced these barriers.

**Keywords:** Barriers to access of health services. Primary health care. Family nurse practitioners.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>11</b>
3.1 Saúde pública no Brasil e seus entraves	12
3.2 Acesso ao serviço público de saúde	14
3.3 Barreiras de acesso ao serviço público de saúde	18
3.4 Atenção Primária à Saúde e características sociodemográficas e epidemiológicas em Alagoas	19
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>22</b>
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 Participantes do estudo	23
4.3 Recrutamento dos participantes do estudo	23
4.4 Produção das informações	24
4.5 Tratamento e análise dos dados	24
4.6 Aspectos éticos e legais	25
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>25</b>
5.1 Barreiras de acesso à saúde	25
5.1.1 Barreiras geográficas	26
5.1.2 Barreiras financeiras	28
5.1.3 Barreiras de informação	29
5.1.4 Barreiras organizacionais	32
5.1.5 Barreiras de acesso e a pandemia da COVID-19	36
5.2 Enfrentamento das barreiras de acesso	37
5.2.1 Visita domiciliar	38
5.2.2 Teleconsulta	38
5.2.3 Reorganização do serviço para atender às necessidades da população	39
5.2.4 Aproveitamento da presença do usuário por outros motivos	40
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>41</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>42</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>49</b>
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	49
Universidade de Brasília - UnB Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM	
Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP	50

ANEXO 2 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA	52
ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA	54
ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	57

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da análise das barreiras de acesso à atenção primária em saúde (APS) e o seu enfrentamento, ocorridos em municípios alagoanos com tipologia intermediária adjacente. A motivação pela escolha do objeto de pesquisa se deu oportunamente durante a pesquisa nacional sobre as práticas de enfermagem na APS e que participei como pesquisador. Neste estudo, as questões relativas ao acesso aos serviços, especialmente barreiras de acesso, emergiram espontaneamente da fala das participantes.

Concomitantemente, é válido ressaltar uma inquietude pessoal sobre o tema em tela e que vem me acompanhando desde a graduação e que está relacionado à existência (ou não) de uma justa equidade do acesso ao serviço de saúde de atenção primária e, se realmente existiriam barreiras que pudessem afetar o pleno uso desse serviço.

Segundo Travassos e Castro (2012), que relacionam suas percepções do que é o acesso e seus fatores com os estudos de Frenk (1992), o acesso é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço e é representado por características da oferta do serviço de saúde que facilitam ou obstruem sua utilização pelos usuários, exprimem a capacidade da oferta de produzir serviços e respondem às demandas da população. Dessas características, as que dificultam o acesso que as pessoas têm ao buscar por cuidados no serviço de saúde são denominadas “barreiras de acesso”.

Para um melhor entendimento, de acordo com Travassos e Castro (2012), neste estudo são definidos quatro tipos primários de barreiras de acesso: barreiras geográficas, barreiras financeiras, barreiras de informação e barreiras organizacionais.

Essas barreiras modificam a forma como o usuário percebe o serviço de saúde e seu acesso a este. As barreiras geográficas podem aparecer como uma grande distância entre o usuário e a unidade de saúde. As barreiras financeiras têm como exemplo um usuário que necessita pagar um tratamento, um complemento para este e/ou para ter acesso ao atendimento em si.

Já as barreiras de informação, podem estar presentes em uma família com uma raiz cultural forte que não é abraçada pelas práticas de saúde da unidade em que está adscrita. Já as barreiras organizacionais influem de forma mais abrangente nas outras barreiras, por serem inerentes ao próprio serviço de saúde, como o desfinanciamento e sucateamento do serviço de

saúde que leva a consequências que afetam tanto o serviço de saúde quanto à qualidade de vida dos usuários que necessitam deste serviço.

Assim, as barreiras de acesso podem estar presentes em qualquer nível do serviço de saúde e pode atingir principalmente o usuário, mas também, de forma contrária, impedir o acesso do serviço (profissionais de saúde) ao usuário.

É compreensível que, no que se trata do cotidiano da APS, as equipes de saúde e os gestores de saúde pública devem estar preparados para atender às demandas da população. Porém, se torna um grande problema quando não há condições que habilitem o serviço de atender integralmente a essa demanda, seja por falta de recursos para a saúde, população carente, grandes distâncias entre a unidade e os usuários, evasão de profissionais da região em questão para a capital ou outros grandes centros, entre outras, ditas essas como barreiras de acesso.

Portanto, este estudo torna-se importante para pôr em holofote as principais barreiras de acesso à saúde, suas causas, consequências diretas e indiretas e as estratégias de enfrentamento sob o ponto de vista das enfermeiras. Assim, torna-se pertinente responder às seguintes questões norteadoras: “Quais as barreiras de acesso presentes em municípios alagoanos com tipologia intermediária adjacente?”. “Como é o enfrentamento dessas barreiras de acesso à saúde?”

## **2. OBJETIVOS**

Analisar as barreiras de acesso à saúde presentes na Atenção Primária em Saúde de municípios alagoanos com tipologia intermediária adjacente e discutir seu enfrentamento pelas enfermeiras.

## **3. REVISÃO DE LITERATURA**

Este capítulo apresenta reflexões fundamentadas em publicações de estudos de diversos autores e em protocolos formulados pelo Ministério da Saúde, a respeito saúde pública no Brasil e os seus entraves, acesso e barreiras de acesso ao serviço público de saúde, Atenção Primária à Saúde e características sociodemográficas e epidemiológicas em Alagoas.

### 3.1 Saúde pública no Brasil e seus entraves

Primeiramente, ao refletir sobre a evolução do conceito de saúde, é importante destacar a sua construção e aprimoramento com a finalidade de melhor compreensão de seu significado, culminando, nos dias de hoje, no direito à saúde protegido constitucionalmente no Brasil e ainda, entendido mundialmente como um bem inalienável do ser humano.

É na Conferência de Alma Ata que, por exemplo, é posto em escopo a importância do real entendimento do que é “saúde”, destrinchando-a não só no prático âmbito físico, mas também adicionando os âmbitos mental e social. Este último tem grande destaque, tornando-se alvo de preocupação durante a conferência e sendo registrado na declaração.

A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui por isso, objeto da preocupação comum de todos os países. [...] A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (ALMA-ATA, 1978, p. 1).

Uma década depois, conseguimos solidificar melhor esses direitos com a criação de uma base que dois anos depois se tornaria o Sistema Único de Saúde (SUS). Com a Constituição Federal de 1988, a saúde se torna um direito de todos e põe o Estado como garantidor desse direito por meio de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

O SUS é um sistema formado por ações, serviços, órgãos e entidades de abrangência nacional que materializa o direito à saúde por meio de três princípios: universalidade, garantindo por meio do dever do estado, o direito à saúde a todos; integralidade, garantindo que o usuário deve ser atendido e cuidado de forma holística, considerando todos os seus aspectos, independentemente da complexidade do cuidado necessário; equidade, reduzindo as diferenças sociais e regionais existentes (BRASIL, 2000).

Ainda, há meios de articulação com os princípios supracitados que são utilizados para atingir os objetivos do SUS. Esses meios são compostos por três diretrizes: descentralização, conferindo responsabilidades e ações no sistema de saúde às gestões de esfera estadual e municipal, garantindo assim a otimização do SUS; regionalização e hierarquização, utilizando

do território como ponto de partida e foco para determinar o perfil socioepidemiológico da população nele presente, a fim de melhor identificar as necessidades de saúde dessa população e melhor gerir seu acesso ao serviço público de saúde; e a participação e controle social, que põe o usuário como um dos gestores do SUS e, ainda, institui a formação e controla o funcionamento dos conselhos de saúde, a fim de melhorar o serviço de saúde e adequá-lo à realidade do usuário (BRASIL; MATTA, 2000, 2007).

Dado isso, teoricamente, de acordo com o que está redigido nas leis e regulamentos que tangem o SUS há um plano de gestão que objetiva manter o SUS saudável para atender seus usuários seguindo integralmente seus próprios princípios. Entretanto, na realidade, o que vemos são diversas limitações e barreiras de acesso a esse serviço que se manifestam tanto da ausência do estado com as políticas públicas necessárias para um serviço de saúde pública ideal, quanto da aprovação de leis e regulamentos que em seu texto diminuem ou acabam com os recursos destinados à saúde e os direitos conquistados ao longo do tempo.

Exemplos desse fato são a PEC 55/2016, que desvincula os gastos com a saúde da Constituição Federal, realizando um desmonte da saúde pública no Brasil que pode gradualmente aumentar, dado que o aumento ou diminuição dos recursos destinados à saúde dependerão de superávits do status financeiro brasileiro; o retrocesso da regionalização e cuidado longitudinal das Equipes de Saúde da Família com a Portaria n ° 2.436/2017; e o Previne Brasil, modificando o financiamento à APS, baseando-se na população cadastrada na unidade e nas metas pré-estabelecidas atingidas, fazendo com que surjam riscos na APS, como o não financiamento da APS para o total da população brasileira, a redução de recursos em regiões com grande necessidade e a redução da atenção da equipe a indicadores não pré-estabelecidos nas metas do programa (DA SILVA et al, 2021; FREITAS, 2017; MASSUDA, 2020).

Esses problemas supracitados afetam fortemente a APS, afinal, o primeiro contato do usuário com o serviço público de saúde no Brasil geralmente se dá por meio desta, visto que é a principal porta de entrada para o SUS. Em contraponto aos problemas citados acima, para um atendimento de qualidade, a unidade de APS deve estar preparada para atender as demandas da população, que vêm em diversos níveis de complexidade e possuem condutas com complexidade semelhante, não resumindo apenas aos indicadores e metas estabelecidos pelo governo (MENDES, 2015).

Assim, frente a essas dificuldades que a saúde pública vem passando, há uma necessidade de implementação de políticas públicas que melhorem a experiência do usuário em seu atendimento e a facilitação deste, dado que, por vezes, este é incapaz de acessar este serviço devido às barreiras de acesso a ele impostas (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANA, 2008).

### **3.2 Acesso ao serviço público de saúde**

Partindo do registrado nas leis e regulamentos que regem o Sistema Único de Saúde, há seções que esclarecem a necessidade da existência do acesso pleno do usuário ao SUS, especificamente, em cada um de seus princípios.

Da universalidade, no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, é descrita a garantia da saúde como direito a todos e dever do estado de realizar essa garantia mediante políticas sociais e econômicas, além de deixar clara a necessidade de que haja a manutenção do acesso universal às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação em saúde. (BRASIL, 1988).

Além disso, é importante ressaltar que a universalidade do SUS não se limita ao direito à saúde a todos mediante políticas públicas, mas também agrega fatores excludentes de preconceito contra qualquer usuário, independente da forma de discriminação (MATTA, 2007).

No que se trata da integralidade, na Constituição Federal de 1988 é garantido o atendimento integral aos seus usuários e especificado que apesar de haver uma prioridade à prevenção em saúde, não há prejuízo aos serviços assistenciais, percebe-se que é posto em foco um grande leque de serviços prestados pelo SUS (BRASIL, 1988).

Assim, teoricamente, quaisquer necessidades em saúde poderão ser sanadas pelo Estado por meio do SUS. Para auxiliar a aproximar o atendimento aos usuários o mais próximo possível ao considerado “integral”, foram criadas políticas de saúde para profissionais da saúde, situação de saúde e/ou população específica, como por exemplo a Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, entre outros.

O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade, regulando essas diferenças no intuito de reduzir as iniquidades. A equidade faz isso reconhecendo a integralidade do ser humano e, conseqüentemente, a diversidade de suas necessidades de saúde e modos de saná-las (MATTA, 2007).

Dito isto e considerando que esses três pilares são intercomunicantes e interdependentes, cada um destes pilares podem sofrer deteriorações, como falta de financiamento, má organização e distribuição dos serviços e/ou sucateamento destes e assistência ao usuário não condizente com os princípios e diretrizes do SUS e suas políticas de saúde, podendo culminar em desdobramentos ruins na atenção ao usuário.

Dessa forma, a construção do que está escrito e registrado nas leis e regulamentos que regem o SUS, na prática apresenta limitações e barreiras que contradizem seus conceitos, acabando por expor as falhas no próprio Sistema Único de Saúde.

Utilizando do princípio da universalidade por exemplo, existem certas populações que não conseguem usufruir do direito à saúde, mesmo que hajam políticas sociais instituídas direcionadas a estas, como por exemplo as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), indivíduos com transtornos mentais e população em situação de rua.

As pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) fazem parte de uma população já fragilizada por sua condição de saúde e lidam cotidianamente com o medo do estigma das pessoas para com seu diagnóstico. Esse medo não se limita às pessoas de sua família, amigos, vizinhos e comunidade em seu entorno, mas também, por muitas vezes, pode se estender aos profissionais de saúde, fazendo com que mesmo que o serviço esteja disponível para o usuário, não necessariamente ele o usará ou o usará parcialmente, como relata Zambenedetti (2014):

*Em um atendimento psicológico, uma PVHA relata ter feito uma consulta em uma unidade de saúde na região onde mora[...]. A queixa era relacionada a uma dor que estava sentindo na região abdominal. Ao examiná-lo, a médica solicitou um teste anti-HIV. O problema é que ele sabia que tinha HIV, mas não queria que nenhuma pessoa na cidade soubesse, nem mesmo os profissionais dos serviços de saúde, muito menos de um serviço próximo à sua residência (ZAMBENEDETTI, 2014).*

Quanto aos indivíduos com transtornos mentais, há uma relevância na garantia de seu acesso devido à sua necessidade de inserção na comunidade e convívio familiar, objetivos que serão alcançados a partir do acompanhamento de sua saúde na APS com um atendimento que, temporariamente, substitui o serviço dos hospitais psiquiátricos. Conseqüentemente, para que esse tipo de atendimento seja realizado e não deturpado por quaisquer vieses, a equipe da APS deve estar disposta e capacitada a realizar este serviço (CASSIANO; MARCOLAN; SILVA, 2019).

No caso da população em situação de rua, há uma dificuldade maior de forma multifatorial no que se trata do acesso deste ao serviço de saúde, justamente porque essa população em específico lida com a ausência de moradia, falta de renda, rompimento de vínculos familiares, alcoolismo, uso de drogas, transtornos mentais etc (ROCHA e OLIVEIRA, 2020).

Assim, o próprio profissional de saúde deve estar preparado para atender a essa população e capacitado quanto aos conhecimentos das políticas públicas que protegem essa população, porém, nem sempre isso pode ser dito como realidade, como relata Campos (2018):

*Um dos casos foi o de uma gestante encaminhada para atendimento em uma casa de acolhida para gestantes. Durante a entrevista, a profissional atendente ficou bem incomodada com o comportamento da paciente e, no reservado com a equipe, reclamou da forma como ela se portou e da sua condição de higiene, nos questionando sobre nossa conduta de levá-la até lá; a profissional disse ainda que deveríamos ter dado um banho nela e tê-la advertido sobre as regras do local, já que, no entendimento dessa profissional, a paciente provavelmente nem aceitaria ficar (CAMPOS, 2018).*

Segundo Barros e Sousa (2016), a possibilidade de financiamento suficiente para o serviço público de saúde é capaz de garantir o acesso integral e, do princípio da integralidade, a dificuldade que acaba por contradizer o seu conceito é o seu financiamento, dado que se há um financiamento escasso ou inexistente, torna-se impossível realizar um atendimento pleno à individualidade de cada usuário, já que a probabilidade de haver a falta de um determinado serviço aumentará de acordo com a diminuição de fundos para a manutenção do serviço

público de saúde e este priorizará a existência dos serviços que atendem uma maior gama de usuários e/ou possuem uma maior eficácia e/ou custo-benefício.

A equidade afunila os tópicos anteriores e os conecta em pontos em comum, como as barreiras de acesso, afinal, utilizando de situações hipotéticas, como ter acesso integral a uma especialidade disponível apenas em um município vizinho ao seu, se não há fundos ou auxílio para o sustento da viagem e estadia? Como ter a continuidade de um tratamento se há a presença de estigma por parte da equipe de saúde? Como realizar visitas domiciliares a acamados em uma zona rural se não há recursos destinados a esse fim? Em qualquer um dos contextos anteriores, há barreiras que impedem ou dificultam o acesso do usuário ao serviço público de saúde.

Entretanto, apesar de aparentar claro o sentido de acesso de acordo com o sentido bruto da palavra, o sentido líquido do conceito de “acesso ao serviço de saúde” se difere de acordo com cada autor.

Para Donabedian (1973), o acesso aos serviços de saúde, comumente citado por ele como “acessibilidade aos serviços de saúde”, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população.

Já com Penchansky e Thomas (1981), há a definição de dimensões que fazem parte da relação entre a oferta e os indivíduos, sendo essas: Disponibilidade de serviços em relação às necessidades; Acessibilidade, que pode ser definida pelas características geográficas do serviço de saúde em relação às dos usuários; Acolhimento dos usuários e capacidade de adaptação a esse método de acolhimento por parte do serviço de saúde; Capacidade de compra e pagamento para que essas pessoas possam ter acesso ao serviço de saúde; e a aceitabilidade, que consiste no conjunto de percepções e ações dos usuários e profissionais de saúde em relação à individualidade de cada um e do serviço prestado em si.

Com Andersen (1995), o conceito de acesso é dividido em conceitos multidimensionais que auxiliam no entendimento dos fatores que influem no acesso aos serviços de saúde, sendo estes: Acesso potencial, definido apenas como a presença de recursos que habilitam o acesso, amplificam os meios da realização deste e a probabilidade de do uso efetivo do serviço de saúde; Acesso realizado é o uso do serviço de saúde em si; Acesso equitativo, quando as características demográficas e de demanda ditam como será realizado o acesso ao serviço de saúde; e acesso não equitativo, quando a estrutura social,

crenças em saúde e recursos habilitadores que determinam quem terá acesso ao serviço de saúde.

Thiede e McIntyre (2008) vêm então observando o acesso ao serviço de saúde de forma classificada em diferentes dimensões de acesso, às quais são denotadas pelos autores como “fatores” que facilitam ou impedem a oportunidade do uso de serviços de saúde, como a disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. A disponibilidade do serviço de saúde pode ser definida pela presença do serviço dentro do alcance de uso pelo usuário. A capacidade de pagar abrange os custos diretos e indiretos que o usuário tem para acessar tal serviço de saúde e a possibilidade que este tem para ter esse ônus financeiro sem afetar seu acesso. A aceitabilidade entra com os aspectos subjetivos dos usuários ao serviço de saúde, como fatores sociais e culturais. Ainda, os autores põem a “informação” como elemento chave que atravessa estas dimensões supracitadas, dado que é este elemento que possibilita aos usuários tomarem suas próprias decisões, sem qualquer força ou pressão aplicada sobre estas.

Travassos e Castro (2012) utilizam dos conceitos de Thiede e McIntyre (2008) e abordam as dimensões de acesso e suas inter relações como barreiras de acesso, além de definir subdivisões de barreiras de acesso que podem dificultar a capacidade das pessoas fazerem uso dos serviços de saúde.

### **3.3 Barreiras de acesso ao serviço público de saúde**

Para especificar os tipos de barreiras de acesso, a seguir são descritas as subdivisões das barreiras de acesso sob o olhar de Travassos e Castro (2012).

As barreiras geográficas podem ser demonstradas como aspectos físicos do espaço que compreende o trajeto do usuário até o serviço de saúde, como distância entre o usuário e o serviço de saúde e barreiras naturais (relevo, fatores hidrográficos, qualidade física do trajeto etc).

Já as barreiras financeiras representam grandes obstáculos à utilização dos serviços de saúde, de forma que há uma diminuição na utilização desses serviços à medida que aumenta a participação financeira direta.

Quanto às barreiras de informação, elas existem em dupla via no que tange o acesso ao serviço de saúde, tanto por parte do serviço de saúde, com uma falha na difusão de informações de saúde e do serviço aos usuários, quanto por parte dos usuários, quando há um baixo grau de escolaridade, diferença cultural entre os usuários e o serviço de saúde, falta de acesso aos meios de veiculação de informação (jornais, revistas, panfletos, cartazes, TV, rádio, *internet*).

Por fim, as barreiras organizacionais representam características próprias do serviço de saúde que facilitam ou dificultam a sua utilização por parte dos usuários, compreendendo recursos humanos, físicos, materiais e tecnológicos, como horário de atendimento, número e tipo de profissionais disponíveis, qualidade da sua prática profissional, tempo de espera para atendimento, aplicação ou não de uma política de humanização, participação comunitária etc.

### **3.4 Atenção Primária à Saúde e características sociodemográficas e epidemiológicas em Alagoas**

Alagoas possui uma população estimada de 3.120.494 habitantes em 102 municípios, sendo Maceió sua capital, com 932.748 habitantes. Dos municípios alagoanos com tipologia intermediária adjacente incluídos no presente trabalho, seus números de habitantes: Batalha (17.076), Capela (17.077), Piranhas (23.045) e São Luís do Quitunde (32.412) (IBGE, 2010).

Considerando que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) define o Índice de Desenvolvimento Humano como o processo de desenvolvimento a longo prazo segundo as variáveis de renda, educação e saúde e que o Índice de Gini, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), é um instrumento matemático utilizado para determinar a concentração de renda em um determinado grupo, ocupando o 26º lugar no ranking de rendimento nominal domiciliar per capita (R\$ 777,00), o estado de Alagoas é o estado com o pior Índice de Desenvolvimento Humano (0,631) e o 6º estado com o maior índice de Gini (0,6343) do país (DATASUS, 2010; IBGE, 2010; PNUD; WOLFFENBUTTEL, 2004; ).

Existem 952 equipes de APS no estado de Alagoas, contabilizando equipes de saúde da família convencionais, equipes de atenção primária, equipes de atenção primária prisional e equipes dos consultórios na rua, segundo o e-Gestor AB, tendo uma cobertura populacional

de atenção básica de 81,10%, com uma meta de aumento desta para 94% em 2023 (BRASIL, 2022; SES-AL, 2020).

Apesar da alta cobertura, não é possível dizer com confiança que há a universalidade, integralidade e igualdade no acesso à saúde pela população alagoana. Vários autores investigaram o acesso à saúde no estado de Alagoas, e por vezes, houveram barreiras de acesso presentes.

*Para esses pacientes irem até a UBS ou conseguem carona com algum caminhão, ou vão a pé por horas. Os pacientes não têm estímulo para ir à UBS para acompanhamento devido a distância, forçados a ir muitas vezes com a agudização de alguma doença crônica (QUINTILIANO, 2014).*

Das estatísticas vitais, vê-se uma estabilidade na taxa de natalidade dos municípios de São Luís do Quitunde e Piranhas, não havendo variações muito bruscas no período entre 2016 e 2020. Já comparando os municípios abaixo com o estado de Alagoas, há uma grande diferença nos municípios de Capela, Piranhas e São Luís do Quitunde, com uma taxa de natalidade bem menor que o valor total do estado em cada ano.

Tabela 1. Taxa de natalidade por ano do nascimento segundo estado/município no período de 2016 a 2020. MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC (via TabNet).

<b>Estado/ Município</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Alagoas	14,07‰	8,83‰	15,45‰	14,74‰	14,29‰
Batalha	21,47‰	19,41‰	17,35‰	17,19‰	12,63‰
Capela	2,30‰	3,96‰	4,79‰	6,44‰	5,44‰
Piranhas	4,50‰	4,06‰	4,46‰	4,42‰	4,50‰
São Luís do Quitunde	5,13‰	6,77‰	7,35‰	8,26‰	7,03‰

Quanto à taxa de mortalidade do estado de Alagoas, há um aumento maior no ano de 2020 em comparação aos outros anos, porém em um olhar micro aos municípios em que este

presente trabalho está em foco, não há uma diferença discrepante na comparação da taxa de mortalidade entre cada ano.

Tabela 2. Taxa de mortalidade por ano do óbito segundo estado/município no período de 2016 a 2020. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (via TabNet).

<b>Estado/ Município</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Alagoas	6,10‰	6,08‰	5,71‰	5,98‰	7,12‰
Batalha	3,68‰	2,92‰	3,36‰	2,98‰	3,09‰
Capela	3,19‰	3,84‰	3,31‰	3,25‰	4,31‰
Piranhas	3,47‰	4,14‰	2,88‰	2,76‰	3,71‰
São Luiz do Quitunde	2,46‰	2,64‰	2,44‰	2,29‰	3,41‰

Das doenças de importância epidemiológica, importante citar que relativo à dengue, apenas a 7ª Região de Saúde mostrou risco de surto, tendo índice de infestação predial superior a 3% por 4 anos seguidos, de 2013 a 2016, e ainda, nos outros anos não saiu da zona de alerta, com o mesmo índice crescendo de 1,8% a 2,8% de 2007 a 2012.

Além disso, é importante denotar que há áreas endêmicas presentes em Alagoas. São 52 municípios considerados como área endêmica para doença de Chagas, 70 municípios para esquistossomose, 37 para leishmaniose tegumentar e 48 para leishmaniose visceral. Para facilitar a análise futura dos municípios, a tabela abaixo expressa a participação ou não dos municípios presentes neste trabalho na contabilização de municípios considerados como área endêmica ou área de vigilância.

Quadro 1. Situação epidemiológica de Batalha, Capela, Piranhas e São Luiz do Quitunde de acordo com a doença. GIANS/SUVISA/SESAU-AL (via Plano Estadual de Saúde de Alagoas 2020-2023).

	<b>Batalha</b>	<b>Capela</b>	<b>Piranhas</b>	<b>São Luís do Quitunde</b>
<b>Chagas</b>	Endêmica	Endêmica	Endêmica	Vigilância
<b>Esquistossomose</b>	Vigilância	Endêmica	Vigilância	Endêmica
<b>Leishmaniose</b>	Vigilância	Endêmica	Vigilância	Endêmica

<b>tegumentar</b>				
<b>Leishmaniose visceral</b>	Endêmica	Vigilância	Endêmica	Vigilância

Dos casos de tuberculose, houveram 1.338 casos notificados em 2016, e destes, 77,9% foram casos novos, 7,8% de reingressos após abandono, 3,1% de recidiva e 8,4% com tipo de entrada “transferência”. Entretanto, há uma tendência de queda na taxa de incidência, juntamente com a tendência da região Nordeste e do Brasil. Das regiões em que os municípios participantes desta pesquisa estão inseridos, a 7ª região se destaca com números que a põem na segunda região com mais casos novos, só perdendo para a 1ª Região de Saúde, dado que esta compreende cidades mais populosas, inclusive a capital do estado, Maceió.

Quanto às metas vacinais na APS, Alagoas teve uma cobertura boa ainda no ano de 2016, chegando a atingir acima de 100% em algumas vacinas específicas, como a BCG, a contra Hepatite B e a contra o Meningococo C (SES-AL, 2020).

Entretanto, com o passar dos anos, esse número total teve uma queda, a qual chegou a atingir 50,17% neste ano, conforme a tabela abaixo.

Tabela 3. Cobertura vacinal e taxa de abandono do esquema vacinal no estado de Alagoas por ano de referência. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS (via TabNet).

	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>Cobertura vacinal</b>	81,19%	71,79%	59,85%	60,13%	50,17%
<b>Taxa de abandono</b>	13,01%	17,41%	-	-	-

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, seus dados são provenientes da pesquisa intitulada “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”, com realização pela

Universidade Federal de Brasília (UnB), em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem (COFEN) e Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

#### **4.2 Participantes do estudo**

A pesquisa supracitada utilizou de relatos das enfermeiras da APS (enfermeiras, enfermeiras obstétricas, enfermeiras sanitaristas e enfermeiras da Estratégia Saúde da Família) com experiência profissional de no mínimo 03 (três) anos, lotadas nos estabelecimentos de saúde do tipo “Centro de saúde/Unidade Básica” e “Posto de Saúde” de municípios alagoanos com tipologia intermediária adjacente, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No decorrer da pesquisa, houve a presença de barreiras de acesso à saúde na fala das enfermeiras de forma espontânea.

A definição dos municípios participantes e tamanho da amostra foram definidos pelo planejamento amostral da pesquisa supracitada, suscitando em um quantitativo de 9 enfermeiras entrevistadas do subgrupo de enfermeiras alagoanas da APS de municípios com tipologia intermediária adjacente.

Por fim, a distribuição de enfermeiras entrevistadas por município participante: Batalha (1), Capela (4), Piranhas (3) e São Luiz do Quitunde (1).

#### **4.3 Recrutamento dos participantes do estudo**

O rastreamento das enfermeiras se concretizou através de contato com os Gestores de Saúde de cada região, classificadas como rural adjacente, por meio de whatsapp ou ligação para apresentar a pesquisa e solicitar o apoio para dispor o contato dos profissionais. A primeira escolha para contatar os enfermeiros foi o *whatsapp* e no insucesso deste foi feita a tentativa por ligação, ao ter êxito a pesquisa foi explicada e realizado o convite para a participação, por meio de uma reunião virtual pelo Google Meet, com data, hora marcada e a presença das pesquisadoras, seguindo o decreto Estadual sobre o distanciamento social devido a pandemia por Covid-19 e a fim de não colocar em risco a saúde dos participantes.

Antes de dar início à coleta de dados, foi solicitado a permissão da participante para a gravação da conversa, seguida da leitura do TCLE (Anexo - 1) e o Termo de Cessão de Imagem e Som de voz (Anexo - 2) que objetivaram o esclarecimento sobre os eventuais riscos da pesquisa e obter a confirmação /autorização para a participação na pesquisa. Após todos os

esclarecimentos sobre a pesquisa prestados, foi registrado por meio da gravação o consentimento formal/oral da participante, bem como a assinatura do TCLE e Termo de Cessão de Imagem e Som de Voz para participação da pesquisa enviado pela participante por e-mail para as pesquisadoras.

#### **4.4 Produção das informações**

Para a realização da entrevista, foi utilizado um roteiro semiestruturado (Anexo - 3) com perguntas pré-definidas e divididas em três blocos; o bloco 1 foi composto por onze perguntas referentes aos dados sociais, o bloco 2 envolveu quatro perguntas voltadas para a formação profissional e o bloco 3 formado por 15 perguntas sobre as atividades desenvolvidas na assistência profissional. Ainda, foram realizadas perguntas complementares para complementar a entrevista e/ou contextualizar o relato das enfermeiras.

A entrevista foi mediada por graduandos e mestrandos em enfermagem e acompanhada sob a supervisão da coordenadora local da pesquisa e a média de duração de cada encontro foi de 1 hora. O período de coleta de dados aconteceu de novembro de 2020 a março de 2021. As entrevistas foram transcritas e revisadas para serem classificadas em categorias.

Das entrevistas coletadas e classificadas, foi realizada uma revisão nas entrevistas das enfermeiras da APS de municípios com tipologia intermediária adjacente a fim de buscar por relatos de possíveis barreiras de acesso presentes na área de atuação dessa enfermeira em sua unidade de APS.

#### **4.5 Tratamento e análise dos dados**

Trechos dos relatos das enfermeiras foram separados e classificados em quatro categorias de barreiras de acesso, de acordo com os pressupostos teóricos de Travassos e Castro (2012): Geográficas, Financeiras, Organizacionais e de Informação. Os trechos classificados foram confrontados com a literatura pertinente, discutidos e contextualizados com outros estudos para realizar uma análise da realidade da população sob os cuidados da APS e suas principais necessidades e vulnerabilidades que dificultam seu acesso ao serviço de saúde.

#### **4.6 Aspectos éticos e legais**

O presente trabalho seguiu os princípios éticos, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 20814619.2.0000.0030. As enfermeiras entrevistadas foram asseguradas de seus direitos antes, durante e depois da assinatura e concordância com os termos do TCLE e Termo de Cessão de Imagem e Som de Voz. O anonimato de cada entrevistada é garantido pela substituição de sua identificação por nome neste trabalho pela letra “E” seguida da numeração da mesma, numeração esta que possui apenas o intuito de organizar os dados obtidos da pesquisa e não têm qualquer relação com quaisquer aspectos que possam identificar a entrevistada.

### **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante as entrevistas foram relatadas diversas dificuldades no cotidiano das enfermeiras na APS que quebram ou enfraquecem o acesso do usuário ao serviço público de saúde.

Dos tópicos relatados, é importante destrinchá-los para uma melhor análise e expressão em categorias, categorias estas que tipificam em subtópicos as diferentes barreiras de acesso existentes que podem minar o uso universal, integral e equitativo do Sistema Único de Saúde por parte de seus usuários.

Ainda, é importante relatar também que a pesquisa iniciou-se em um período de eleições conturbado e marcado pelo ápice da polarização política, assim, é compreensível que alguns relatos foram mais diretos, incisivos e escassos em detalhes em seu conteúdo, pelo possível receio de comprometer-se ou de ter seu nome associado a uma fala específica divulgada abertamente e quebrando seu sigilo. Este foi um dos pontos mais reforçados durante as entrevistas, para que as enfermeiras se sentissem mais confortáveis em compartilhar suas experiências e conseguissem entender que o intuito da entrevista não era só de expor as barreiras, mas também de falar de toda sua vivência como enfermeira.

#### **5.1 Barreiras de acesso à saúde**

As barreiras de acesso ao serviço de saúde, fatores que impedem ou enfraquecem o acesso do usuário com equidade, integralidade e universalidade, serão classificadas em quatro tipos, segundo os conceitos de Travassos e Castro (2012): Barreiras geográficas, barreiras financeiras, barreiras de informação e barreiras organizacionais.

Além disso, neste tópico, serão explicitadas as formas e estratégias de enfrentamento por parte dos usuários e equipe de saúde sob o olhar das enfermeiras entrevistadas.

### 5.1.1 Barreiras geográficas

Fatores como distância, presença de terreno altamente íngreme (montanhas, grotas etc), presença de rios, lagos e lagoas e local com acesso dificultado por quaisquer aspectos físicos são exemplos de barreiras geográficas e dificultam o acesso integral ao serviço de saúde. O acesso aos serviços essenciais pode até ser mais fácil de ser obtido pelos usuários em comparação às especialidades médicas e serviços complementares à saúde presentes da rede de atenção à saúde de determinada região, mas dado que a integralidade deve ser considerada, é importante ressaltar que há usuários diferentes com demandas e vulnerabilidades diferentes, e não é incomum que este seja atendido na atenção primária, mas que seu cuidado não seja continuado devido estas barreiras.

*Ela (médica ginecologista) atende no distrito vizinho que fica a cerca de 15 km de distância [...] A gente tem um hospital no município, mas ele, por exemplo, não recebe primigesta, a gente tem que mandar para a cidade que fica a 120 km daqui. [...] gestante de alto risco tem que ir para Maceió, que fica a 300 km daqui. (E4)*

Apesar de que por muitas vezes, a dificuldade é mais fácil de ser vista pelo lado do usuário, devido ao seu conjunto de vulnerabilidades, principalmente, socioeconômicas, a barreira de acesso é uma via de mão dupla, sendo dificultosa tanto para o usuário ir ao serviço, quanto para o serviço ir de encontro ao usuário.

*Mesmo chegando às vezes de onze horas, meio dia, a gente entende por causa que eles chegam atrasados. Tem um assentamento mesmo que é quase uma hora do posto para cá, para o Riachão, então às vezes eles chegam 10, 11 horas e a gente tem que esperar porque eu sei a dificuldade que é, porque eu já atendi na Guanabara. Guanabara é um assentamento que fica, para chegar no Riachão é quase uma hora, eu digo isso porque eu tenho um paciente que eu faço sonda nele a cada vinte e dois*

*dias e eu vou para esse assentamento só para fazer a sonda desse paciente, entendeu? (E1)*

Além disso, os fatores geográficos, algumas vezes, compreendem outras barreiras de acesso, como as barreiras financeiras. Ainda que em um contexto intermediário adjacente de forma geral, há regiões nesses municípios com essa tipologia que compreendem áreas rurais e consigo, outras dificuldades que se diferenciam do todo.

*O meu PSF é uma unidade de zona rural, eu não tenho água encanada em canto nenhum, eu não tenho coleta de lixo em canto nenhum, eu não tenho calçamento em canto nenhum, a minha população é uma população rural, onde a gente não tem acesso a isso, a gente trabalha muito com eles essas questões. É uma realidade da gente, hoje. Essa questão social influencia muito, interfere muito [...] É meio que: “Eu vou fazer o quê se eu só tenho essa opção?”. Interfere muito essa questão socioeconômica. (E5)*

Garnelo et al. (2017) descreve a relação da presença de barreiras de acesso, descritas como limitações da organização e oferta de serviços de saúde em seu trabalho, com os fatores geográficos e socioeconômicos, sendo as populações de zona rural as mais afetadas devido suas particularidades e vulnerabilidades provenientes da sua zona de residência.

Importante frisar o fator “zona rural” e perceber que por característica inerente ao tipo de zona, dado que se encontra longe dos grandes centros e há uma maior vulnerabilidade socioeconômica em sua maioria, há um isolamento dessa população e precarização de seu acesso ao serviço de saúde.

Corroborando, Borsato e Carvalho (2021) relatam que em mais de 40% dos serviços hospitalares de pequeno porte estão a mais de 60 km de distância de um serviço de maior complexidade e ainda, cita que há estados no Brasil que essa disponibilidade chega a não existir.

Outro exemplo é o de parte das populações ribeirinhas, que pode superar 500 km de distância apenas para o acesso à saúde integral via deslocamento à zona urbana, reiterando a má distribuição dos serviços de saúde, desarticulação dos serviços de saúde, baixa resolutividade dos problemas da população e consequente disposição do usuário de realizar um deslocamento desnecessário, pouco produtivo e por vezes oneroso (BORSATO e CARVALHO, 2021; GAMA, 2018).

### 5.1.2 Barreiras financeiras

As dificuldades financeiras são um fator crítico para o acesso pleno ao serviço de saúde. É o recurso financeiro por parte do usuário que previne que casualidades comuns que afetem o financiamento do serviço público de saúde, não afetem diretamente ou indiretamente seu processo saúde-doença.

Utilizando como exemplo as doenças crônicas, dado que possui uma natureza multifatorial, acompanhamento longitudinal e tratamento contínuo, Becho et al. (2017) denota que essas doenças podem se tornar onerosas em círculos de vários níveis, desde a nível individual e familiar, já que há um aumento dos custos de vida, possibilidade de diminuição da capacidade laboral e aposentadoria por invalidez, até em nível de gestão do sistema de saúde, já que terá que gerenciar os custos que vão da compra de medicamentos para distribuição no serviço de saúde até o controle e manutenção de qualidade de vida dos que por motivo da doença, não contribuirão mais para a sociedade com sua capacidade de trabalho.

Assim, também é comum que hajam barreiras financeiras no sentido serviço-usuário, afinal, nem sempre o serviço de saúde pública terá um financiamento suficiente para suprir todas as necessidades da população ou de manutenção de um serviço já existente, fazendo com que para que não haja interrupção do atendimento ao usuário, este tenha que dispor de seus próprios recursos para isso.

*É muito difícil porque tem muitas (gestantes) quando tá com 8, 9 meses que não tem como vir, mas ela arranja um jeito ou paga, pagam, gente vocês não têm noção, elas pagam um transporte para vir trazer o pré-natal lá, mas não deixam de trazer. (E1)*

Exemplo dessa realidade é o mais recente corte (ou transferência) de recursos que antes seriam destinados ao programa Farmácia Popular. O programa foi criado em 2004 e desde então, em parceria com farmácias e drogarias da rede privada, distribui medicamentos gratuitamente para uma gama de agravos, entretanto, sofreu um corte em outubro de 2022 de 59% do valor repassado normalmente, cerca de R\$ 1,2 bilhão (JORNAL NACIONAL, 2022).

Destarte, é importante perceber que haverão usuários que não serão capazes de dispor de seu próprio dinheiro para a manutenção do tratamento, como em doenças crônicas e, por fim, serão encaminhados à atenção terciária, reforçando um retrocesso ao modelo biologicista.

### 5.1.3 Barreiras de informação

Antes de discutir os seguintes relatos, é importante utilizar dos estudos de Thiede e McIntyre (2008) para destacar que esse tipo de barreira afeta e perpassa as barreiras de acesso.

É importante analisar que uma comunidade bem informada e orientada sobre o “como” e os “porquês” do que acontece no seu processo saúde-doença e na rede de atenção à saúde que a permeia, entenderá com mais facilidade da importância das ações e orientações dos profissionais e da continuidade de seu acompanhamento com estes.

*Tomei um jeito de falar com... De mostrar a importância que tem que ter o pré-natal, para que o bebê nasça assim, mais tranquilo, mais calmo, ela tem que ter tomado... Oxe, vacina? A maioria é um medo... Eu disse “olhe, do jeito, que tá essa pandemia se você não tomar a vacina, vai acontecer um problema sério com você e com o seu bebê”. (E1)*

Segundo Thiede e McIntyre (2008), a informação é um elemento que perpassa as dimensões do acesso (disponibilidade do serviço, capacidade de pagá-lo e aceitabilidade deste por parte do usuário), e assim, possibilita que os usuários façam suas próprias escolhas de como agir pelo seu processo saúde-doença diante do que lhe foi provido pelo serviço de saúde.

É conhecendo a rede de atenção à saúde, seus serviços e suas características que os usuários têm a capacidade de não só escolher por necessidade súbita, mas também por formação de vínculo de comunidade com a equipe de saúde, escolha entre diferentes tipos de intervenções de acordo com sua individualidade e aumento da probabilidade de um atendimento integral, visto que prevenirá possíveis eventos que possam ferir o caráter holístico que integra o SUS.

A informação é um capital cultural importante para o pleno acesso ao serviço de saúde, sem esta, torna-se dificultoso o acompanhamento do usuário. É muito importante que o

usuário conheça o sistema de saúde e suas atividades e as doenças e suas alternativas terapêuticas, fortalecendo o conhecimento de sua saúde e seu acesso ao serviço (TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

Já no seguinte relato, nota-se que há um conhecimento do serviço de saúde, porém há uma certa ignorância quanto ao conhecimento do seu próprio processo saúde-doença, por parte do usuário.

*Eu comecei a fazer puericultura, achei estranho porque não vinha ninguém, nenhuma criança. O pessoal daqui não tem cultura, não tem o hábito de fazer puericultura. (E3)*

*Eles não levam a criança para puericultura para fazer acompanhamento, eles geralmente levam para receber o teste, levam para receber o teste do pezinho e levam depois de alguns meses quando vem a introdução alimentar, né? Mas não têm o hábito de ficar levando todo mês para acompanhamento porque esses acham desnecessário, eles acham que só tem que levar quando a criança está doente. E aí geralmente esse atendimento é com o médico. (E4)*

Essa falha cultural pode ser fruto de décadas de desinformação que foram transmitidas a partir do costume biologicista proveniente do modelo biomédico, com um foco reducionista de relação causa-efeito que não permite a presença da prevenção em saúde na vida do usuário (CUTOLO, 2006).

Exemplo da necessidade de uma visão macro e fora do eixo biologicista, é o próximo relato, que conecta as barreiras de acesso à saúde e levam a um melhor entendimento da conveniência do modelo biomédico para estes usuários e a perpetuação de um ciclo de doença-cura-recidiva.

*Mas eu acredito também que tem um fator distância, sabe... eu acho que é uma dificuldade real. Porque as que precisam caminhar até a unidade, elas precisam caminhar muito e aquelas que tem um transporte, uma moto por exemplo, hoje em dia a gente sabe que é um gasto muito alto, né, com gasolina. Então assim, eu entendo embora a gente finja que não entende porque a gente tem que dizer para mãe que é importante para convencer ela disto [...]. E ainda tem um outro detalhe: tem uma época do ano que a gente quase não tem atendimento na unidade, que é justamente a época que é do plantio, né? Que é a época da roça que vai começar agora no mês de maio e vai até setembro que é a época que eles ajeitam a terra, plantam e vão colher. Então, aí é mesmo que as pessoas só vão quando realmente estão doentes. (E4)*

A disponibilidade de tempo diminuída devido à dificuldade de conseguir liberação do trabalho ou a impossibilidade de reservar um dia de um trabalho autônomo devido a preocupações financeiras acabam por diminuir a adesão dos usuários ao serviço de saúde (ALVES; IZECKSOHN, 2000, 2013).

Uma das razões dessa dificuldade de separar um dia da semana para cuidar de sua própria saúde pode ser devido a uma precarização não só presente na situação socioeconômica de muitas famílias brasileiras, mas também do trabalho em si, oriundo do modelo econômico capitalista vigente. Existe uma dificuldade na relação patrão-empregado devido à uma alta demanda de emprego e salário para uma baixa oferta destes, comumente tornando o trabalhador refém de poucas opções de empregos e, por vezes, entrar no mercado de trabalho informal.

Essa dificuldade foi presente no relato de praticamente todas as enfermeiras, com uma relação especial à saúde do homem, que pode ser relacionado ao serviço braçal da roça e à necessidade de trabalhar fora do município de residência, que o afastam da prevenção de doenças e promoção de sua saúde (BALBINO; OLIVEIRA, 2020, 2009).

*Como meu PSF é um PSF de zona rural, a gente tem um pouco de dificuldade de fazer ações com os homens, porque eles trabalham no campo e não querem faltar. (E5)*

*[...] o homem é mais difícil de trabalhar e até para fazer o pré-natal dele é difícil, porque uns estão trabalhando, outros... Aqui como não tem muita renda, eles vão muito... passar a semana em Maceió. (E7)*

Utilizando do trabalho de Tavares et al. (2020) como exemplo, ainda há barreiras de informação muito presentes no estado de Alagoas, primeiramente pelo quesito de escolaridade, o que afeta um médio a avançado entendimento do processo saúde-doença de cada indivíduo, e também no quesito cultural, em que a população jovem e a população masculina tem uma grande participação no número de infectados por tuberculose, principalmente esta última, que tem um maior risco de adoecimento e intrinsecamente tem uma maior negligência com o autocuidado e acaba por vezes a estes buscarem o serviço de saúde apenas nos estágios mais graves do seu processo saúde-doença.

Ademais, outros fatores culturais intrínsecos à dita “masculinidade” também podem afetar o acesso deste usuário ao serviço de saúde, como os estereótipos do sexo masculino que

consideram a doença como uma fragilidade, e que esta, não pode ser reconhecida pelo homem (SILVA, 2010).

Entretanto, não seria esse receio de ser reconhecido por outrem como frágil, devido a motivos ordinários, como uma consulta médica, uma fragilidade propriamente dita?

*É como se os homens... eles ficassem constrangidos porque tem muita mulher no posto, eles não se sentem à vontade. (E4)*

O relato acima confirma uma resposta comportamental do homem diante de sua “vulnerabilidade” exposta, principalmente para os que consideram a mulher, que o vê buscando por atendimento, como “sexo frágil”.

Assim, o homem vê diante de si uma barreira de informação, representada aqui por um fator cultural, que o leva a buscar por atendimento apenas quando não é mais possível lidar sozinho com seus sintomas e agravando o seu estado de saúde (SCHRAIBER et al, 2010).

*O homem só procura a unidade quando ele apresenta algum problema. Ele não vem para prevenção. Ele tem que estar realmente doente para chegar aqui na unidade e pedir uma consulta. Marca o pré-natal do parceiro, ele não comparece. A desculpa é sempre a mesma... “Ah, eu trabalho.”, “Ah, eu tô trabalhando. Eu não posso.” Aí o que é que eu faço pra tentar descobrir alguma coisa? (E3)*

*Quando o homem vem procurar o PSF é porque ele já está assim, no extremo do extremo, se for diabético ele já está amputando o pé e assim, é muito difícil, muito, muito difícil, muito difícil e quando eles vêm. (E8)*

O conservadorismo e rejeição ao novo por parte de muitos homens acaba por privá-lo de formas diferentes de cuidar de sua própria saúde além do modelo curativista e imediatista que essa população está acostumada e aceita com uma maior facilidade, como por exemplo a assistência humanizada, integral, com vínculo equipe-usuários, articulada etc.

#### **5.1.4 Barreiras organizacionais**

Esse tipo de barreira é bem recorrente na atenção primária e historicamente presente no Sistema Único de Saúde, devendo o serviço de saúde estar previamente planejado para atender às demandas de seus usuários no que se trata de seus recursos humanos, materiais,

financeiros, mas acima de tudo, que este seja moldado ao cotidiano, contexto e cultura da área em que se está inserido.

Do supracitado, Pineda (1991) relata que esses aspectos organizacionais fazem parte da dimensão da acessibilidade sócio-organizacional, que compreende as relações entre o *modus operandi* do funcionamento dos serviços de saúde e o da utilização dos serviços de saúde por parte do usuário.

Dado isso, nota-se que nesse tipo de barreira, deve-se ter uma visão macro do problema devido à sua natureza multifatorial. Dos recursos humanos, é importante falar do enfermeiro, primariamente, devido à sua função dentro da atenção primária em saúde de não só profissional de enfermagem, mas também de gerente do serviço de saúde, coordenador da unidade e supervisor da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de que secundamente a este fator, haver a consequência que essa sobrecarga de funções leva a um afastamento da assistência direta ao usuário, o que pode ocasionar a uma falha na vigilância dessas possíveis barreiras presentes no serviço.

Mesmo com essa sobrecarga de funções e necessidade de outros profissionais de enfermagem para complementar o serviço, ainda assim, essa necessidade não é solucionada pela gestão de saúde do Estado.

*[...] sou (única enfermeira na unidade), infelizmente, já pedi tanto outra, mas eles não querem me conceder. (E1)*

*Eu só tenho uma técnica, por exemplo, aqui a gente trabalha só nós duas, né? Não tem outra técnica, então acaba que eu entro também. (E3)*

Segundo o Ministério da Saúde (2017), por meio da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, na configuração tanto da equipe de saúde da família (eSF), quanto da equipe de atenção básica (eAB), é especificado apenas que os profissionais de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem) devem estar no quantitativo mínimo (01 profissional de cada categoria).

Entretanto, quando reflete-se sobre as diversas atribuições desses profissionais, o quantitativo mínimo tem uma sobrecarga de trabalho que pode afetar o serviço de saúde em si e, conseqüentemente, dando origem a uma nova barreira de acesso à saúde.

Para o desempenho de todas essas atividades com um quantitativo mínimo de profissionais, são necessárias ferramentas cognitivas afiadas para desempenhar todas as funções demandadas no dia a dia com qualidade e sensibilidade, determinando em um maior “uso de si” e, por fim, intensificando o desgaste psíquico e fisiológico (SCHERER, 2016).

*É que às vezes eu já passei, 5, 6 dias sem médico.(E1)*

É importante salientar que essa falta de médicos não se limita à tipologia e região explicitadas neste estudo, e sim, atinge vários municípios em todo o país. O Programa Mais Médicos, caracterizado por sua contribuição no aumento da distribuição de médicos pelo país, principalmente nas regiões mais remotas, teve uma mudança com a saída do governo cubano da cooperação internacional tripartite com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o governo brasileiro no ano de 2018, levando a uma saída de aproximadamente 45% dos médicos participantes do programa (MARTINS, 2019).

Ainda, houveram medidas por parte do governo brasileiro para o suprimento dessas vagas deixadas em aberto ainda no mesmo ano, ofertando 8.517 vagas e, apesar de que 97,2% das vagas chegaram a ser preenchidas, 30% desses profissionais deixaram seus postos antes mesmo de um ano de atuação no programa (FOLHA DE SÃO PAULO; PENIDO, 2018, 2018).

Isso reforça um ciclo que retorna a APS ao ponto de partida, onde os profissionais médicos preferem manter-se próximos aos grandes centros e as regiões mais remotas mantêm-se inassistidas das atividades do profissional médico que supririam suas demandas.

E se a falta de médicos com qualificação básica (clínico geral) já é presente, a falta das especialidades é bem mais frequente, levando a uma maior dificuldade no agendamento de consultas e acompanhamento dos usuários.

*A dificuldade que eu tenho maior é das especialidades, entendeu? Assim, por exemplo, precisa de um reumatologista, precisa de mais ginecologista precisa de um médico para fazer ultrassom pra gestante, ultrassom gestacional, então, de um psiquiatra, precisa muito de ter um, então esse grupo de especialidades de médico é que eu vejo a carência ser enorme, entendeu? [...] Porque para tentar fazer um exame é um sacrifício, para poder fazer às vezes o ginecologista é uma demanda terrível porque eu só posso marcar 4 por mês e eu tenho mais de 40 mulheres para marcar. (E1)*

Além disso, a rede de atenção à saúde de uma região compreende outros profissionais e demandas específicas que complementam o atendimento aos usuários, porém não são todos os municípios que possuem uma equipe consistente e com um amplo leque multiprofissional.

*Tem fisioterapeuta, tem fonoaudiólogo, tem psicóloga, tem assistente social e tem nutricionista. Agora assim, a gente tinha sempre a psicóloga e a nutricionista e assistente social, só que a psicóloga agora foi para outro município, e as outras psicólogas que ficaram na zona urbana, não tem disponibilidade para ir para a zona rural, aí eu tenho que marcar essas consultas para falar com elas quando tem alguma criança com algum transtorno aí eu tenho que falar com ela para elas irem para o NASF. (E1)*

Ainda, outro problema que compõe as barreiras organizacionais, é a disponibilidade de seus recursos materiais, como a solicitação de exames, realização destes e/ou até o recebimento de seus resultados em período normal, para o seguimento correto do atendimento ao usuário.

*E (dificuldade) dos resultados, de solicitações de exames no tempo hábil, entendeu? Para a gente se tiver algum problema a gente dar tempo de tratar. [...] já foi solicitado vários exames de rotina, um hemograma, um sumário, mas não foi realizado, quando foi realizar, já foi 3, 4 meses. [...] Foi solicitado vários exames... exames de rotina, mas o município não realizou. (E1)*

Nesse caso, o problema pode ser interpretado como dificuldade na comunicação entre o serviço público, como a APS, e o serviço terceirizado, como a maioria dos laboratórios que possuem convênio com a Secretaria de Saúde de seus respectivos municípios.

Porém, quando há uma falha na gestão de recursos financeiros/materiais do custeio à saúde pública, há um sentimento maior por parte dos usuários, dado ao gasto que estes terão para suprir a falta de insumos que, em situações normais, é fornecido pela APS (ÁLVARES et al, 2017).

*O ano passado a gente teve muito isso, de chegar o paciente para fazer acompanhamento de hipertensão e não ter nada para oferecer para ele, não tinha medicação, não estava se fazendo exames. Muitas vezes não tinha nem luvas para examinar o paciente, então assim, essa frustração - por que não depende só do que eu sei, depende do que eu tenho ali para conseguir oferecer o melhor para o paciente. Dessa frustração de não ter como atender a demanda do paciente porque me falta material, porque me falta medicação, porque me falta um transporte para eu ir fazer uma visita. (E4)*

Por vezes, o próprio profissional precisa tirar de seu próprio dinheiro para comprar materiais que são fundamentais para a continuidade do atendimento.

*Muitas vezes inclusive de ajudar financeiramente pacientes para fazer exame, eh... comprar material de curativo... Claro, sem o paciente saber! "oh, eu consegui isso aqui para você", mas sem o paciente saber, principalmente porque eu tenho receio de que se espalhe na comunidade e que as pessoas queiram se aproveitar disso. Porque eu não vou poder ajudar todo mundo, eu ajudo um outro, mas ajudo ele achando que a ajuda veio de outro lugar. (E4)*

E esse tipo de acontecimento não é um caso isolado. Muitos profissionais realizam essa prática para evitar que sua própria imagem seja associada à falha no tratamento, à insatisfação do usuário com o acolhimento e/ou à falta de pleno atendimento às suas queixas por falta de material (SCHERER, 2016).

Esse conjunto de fatos têm relação com a constante precarização, desmonte e sucateamento do serviço de saúde, passando a imagem de que serviço público de saúde é precário e lançando mão de privatizações como as salvadoras do funcionalismo público.

### **5.1.5 Barreiras de acesso e a pandemia da COVID-19**

Não obstante, é interessante observar as barreiras que surgiram durante o período da pandemia do COVID-19, afinal, há uma multifatorialidade intrínseca a esse período, dado que afetou não só a saúde como um todo, mas também afetou socioeconomicamente, deu surgimento a uma onda de desinformação e foi um grande desafio no que se trata de gestão em saúde.

Uma das principais barreiras percebidas foi a organizacional, dado que o mundo precisava entender melhor diariamente como combater os danos multifatoriais causados pela pandemia. Assim, no início da pandemia houve uma dificuldade na manutenção do fornecimento dos EPI's para os estabelecimentos de saúde, principalmente pelo aumento drástico na demanda, visto que agora, grande parte dos procedimentos eram, preventivamente, considerados com risco de produção de aerossóis, e ainda, seguiam estritamente a nota técnica nº 04/2020 da Anvisa, com todos os EPI's que devem ser utilizados na assistência com os detalhes do método de uso de cada um deles (ANVISA, 2020).

Essa falta de fornecimento foi percebida pelas enfermeiras participantes afetou diretamente a saúde destas pelo aumento do risco de contágio, visto que a falta de EPI's levou até à falta de uso deste na assistência, mas sem pausa ou interrupção da assistência.

*No princípio da pandemia foi a maior loucura porque nós não tínhamos EPIs, eu acho que isso foi geral, mas não paramos de trabalhar, nós trabalhamos mesmo sem EPI, a gente comprava máscara de tecido como eu estou, eu não gosto de máscara descartável, a gente fazia jaleco de TNT para trabalhar, como a gente podia a gente fazia, mas a gente não desistiu, entendeu? (E9)*

Outra dificuldade percebida que afetou o acesso dos usuários foi o distanciamento social. Notório que é uma medida de saúde que iniciou com recomendações de nível mundial com alertas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e chegou no Brasil com o Conselho Nacional de Saúde e a recomendação nº 36/2020, objetivando diminuir o contágio entre as pessoas com a efetivação do distanciamento em ao menos 60% da população e diminuindo a ocupação dos leitos de UTI, porém, apesar da necessidade dessa medida, isso fez com que atividades de promoção à saúde em grupo fossem canceladas e muitas das vantagens provenientes desse tipo de serviço deixassem de ser percebidas (BRASIL, 2020).

*Uma vez no mês e a gente faz as nossas palestras, discute assuntos atuais, como nós estamos diante da pandemia, esse encontro está sendo meio que difícil, assim, não que não tenha, mas com menos pacientes. E também tem a sala de espera, que todos os dias eu faço um sorteio entre os agentes comunitários, entre os profissionais do meu postinho e todos participam da palestra, fazendo a sala de espera, e aí como nós estamos diante da pandemia do COVID que todo mundo sabe, a gente foca muito no COVID, orientando (E8)*

*Olhe, quando eu iniciei em 2017, nós estávamos vivendo uma outra realidade, diferente de agora. Por que eu gosto muito de fazer promoção à saúde, além do cronograma, desenvolver algumas palestras relacionadas aos temas prioritários da atenção básica, os públicos alvo. Só que agora após pandemia, ficou tudo muito restrito, a gente não pode se aglomerar, né? Todo mundo sabe. (E9)*

## **5.2 Enfrentamento das barreiras de acesso**

É importante citar que o enfrentamento dessas barreiras de acesso é difícil pela sua multifatorialidade e que por depender de fatores como recursos, leva a uma concentração de responsabilidade de gestão na mão não só dos gestores de saúde, mas de quem fornece esses

recursos e, conseqüentemente, de quem legisla, como o poder legislativo, e de quem capta as necessidades do povo e executa as políticas públicas, como o poder executivo.

### 5.2.1 Visita domiciliar

Um dos principais enfrentamentos das barreiras presentes na APS é a visita domiciliar. Esta ferramenta da equipe é muito importante não só pela redução da distância entre o serviço de saúde e o usuário, principalmente em casos que este esteja impossibilitado de se deslocar até a unidade, mas também devido a uma melhor identificação das dificuldades e potencialidades de cada família visitada (DRULLA et al, 2009).

Assim, torna-se imprescindível a organização da equipe de saúde para esse tipo de atendimento e a atuação da gestão de saúde responsável pela distribuição de recursos à APS de prover o necessário para a manutenção desse serviço.

*Tem visitas que a gente faz todos juntos, tem outras que por causa da demanda grande de serviço eu vou porque tem coisas que é mais minha, prioritária minha, eu digo “não, eu vou logo”, se for puerpério eu vou logo. Ai se tem muitas visitas e não dá para ir todo mundo junto, tem as que a gente procura selecionar assim: 25% vai todo mundo junto e as outras a gente tenta dividir para agilizar o serviço. (E2)*

*Tem uma vez por semana. O médico faz a visita domiciliar com o agente de saúde e eu faço esporadicamente. Porque como são duas unidades, se eu tirar um dia toda semana para acompanhar o médico na visita eu deixo de atender, né? (E4)*

*Os agentes de saúde fazem esse agendamento com a gente para a gente fazer a visita. (E5)*

*Uma vez por semana eu vou com a minha técnica para avaliar todos os curativos, ver como é que as feridas estão evoluindo, como é que está a condição de cada paciente e a gente faz as visitas também às terças e às quintas-feiras à tarde ou à medida que forem surgindo, porque como eu te disse, a gente fez um é um cronograma para a gente acompanhar, mas à medida que os problemas surgem esse cronograma ele é refeito, ele é reorganizado. Graças a Deus o profissional que trabalha aqui comigo, o médico, ele também tem esse mesmo entendimento e a gente não deixa voltar nada, tudo a gente procura resolver. (E6)*

### 5.2.2 Teleconsulta

Mais recentemente, com o contexto da pandemia do COVID-19, houve uma maior dificuldade no contato entre o usuário e a equipe de saúde, visto que havia um contexto de

isolamento social, com a recomendação nº036, de 11 de maio de 2020, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2020).

Assim, outras alternativas tiveram que ser implementadas, como por exemplo a teleconsulta.

*A gente atendeu muito pelo celular, o agente de saúde fazia uma visita e via uma escabiose, mandava foto da escabiose para a gente ver e a gente já mandava a receita, foi muito remoto. (E2)*

A telessaúde, não só na forma de teleconsulta, como o relato acima, mas também como teleducação e teleassistência, melhora a rede dos serviços de saúde com o auxílio da tecnologia, diminuindo essas barreiras geográficas e, conseqüentemente, parte dos impactos que a pandemia causou na população que necessita dos serviços de atenção primária (MÉLO et al, 2021).

### **5.2.3 Reorganização do serviço para atender às necessidades da população**

Outro problema citado anteriormente foi da baixa adesão dos usuários do sexo masculino, em que foram citados como maiores problemas, o constrangimento da presença de mulheres, exposição de suas “vulnerabilidades” e horário de funcionamento da unidade incompatível com seu horário livre.

Dos relatos das enfermeiras entrevistadas, há alternativas que melhoram a adesão desse grupo.

*No decorrer do ano, eles vão muito pouco, porque o homem parece que só vai procurar a unidade, quando realmente não está mais aguentando. Só que agora o que foi que aconteceu: o médico novo que entrou ele já tinha no outro município que ele trabalhava um projeto para conseguir uma vez por semana para atender só homem. [...] Então, nesse dia não vai mulher; não entra mulher no posto. O dentista não atende mulher neste dia, a gente coloca um dia que não tenha vacina para poder só realmente ter homem dentro do posto e aí antes de começar o atendimento o médico faz uma palestra com esses homens. No linguajar deles né, segundo ele para eles ficarem mais à vontade, se sentirem mais em casa e faz o atendimento. (E4)*

*A gente chegou a fazer atendimento noturnos para atingir essa população. (E5)*

#### 5.2.4 Aproveitamento da presença do usuário por outros motivos

Entretanto, ainda é difícil para algumas unidades, afinal, não só depende da proposta, como também da aceitabilidade do usuário.

Quando ainda há a recusa e/ou indisponibilidade por parte do usuário, sobram outras alternativas menos efetivas, porém, são as últimas varetas do leque de ações do profissional de saúde.

*Aí o que é que eu faço pra tentar descobrir alguma coisa? Meu único meio é o teste rápido. Então quando eu estou atendendo o hiperdia, quando eu vejo um paciente que eu conheço mais ou menos a esposa, eu... Como a gente trabalha aqui há muito tempo, a gente acaba conhecendo o paciente... Então eu faço teste rápido. “Ah, vamos fazer um exame que tem que fazer hoje...”. (E3)*

*Daí já aproveita, no dia que ele vier (acompanhar pré-natal), traga ele pra a gente fazer o teste, para a gente fazer pelo menos os exames de sangue. Elas ainda conseguem, mas atividades com os homens é mais difícil mesmo de fazer, a gente aproveita mais quando eles estão na sala de espera, que a gente aborda alguns temas. (E7)*

*Aí o que é que dizemos “olhe, fala com teu esposo, traz o teu esposo para a gente fazer o PSA”. A gente sai assim, no grupo novembro azul, “olhe a gente vai ter exames para homem”, aí eles aparecem. Tem medo do câncer de próstata aí aparece um monte, sabe? (E8)*

Das estratégias de enfrentamento às barreiras supracitadas, sejam geográficas, financeiras, de informação ou organizacionais, nota-se que todas podem ser dirimidas ou ao menos enfraquecidas com ações organizacionais, inerentes ao próprio serviço de saúde, dado que essas ações, em sua grande maioria, são ações de gestão de recursos humanos, materiais e financeiros realizadas desde a esfera do profissional de saúde à uma gestão macro de responsabilidade do Estado.

Mélo et al (2021) corrobora com o ponto acima relatando que a maioria dos problemas de saúde, processo saúde-doença do usuário e/ou problemas gerenciais/organizacionais, citados anteriormente, poderiam ser mitigados com o fortalecimento da atenção primária e das políticas de distribuição de renda, afinal, a desigualdade social entra como um fator muito forte no que se trata da condição de saúde de cada usuário vulnerável socialmente.

Por fim, tomando os relatos supracitados e suas conexões com as barreiras de acesso, é importante reiterar que é a soma das falhas no serviço de saúde que levam a um afastamento do usuário da unidade e/ou vice-versa. Entretanto, ainda há profissionais que conseguem melhorar a situação da adesão aos serviços com os recursos repassados à unidade.

## **6. CONCLUSÃO**

O presente trabalho permitiu não só analisar as barreiras de acesso na APS de municípios alagoanos com tipologia intermediária adjacente, mas também, discutir o enfrentamento dessas barreiras por parte dos usuários e equipe de saúde.

As barreiras apresentadas mostram parte do cenário alagoano com tipologia intermediária adjacente, com comunidades que vivem longe do serviço de saúde, carente, com uma mentalidade mais conservadora e afetada pela falta de aplicação de programas sociais por parte do Estado que auxiliam na manutenção dos serviços.

As enfermeiras participantes expressaram ímpeto e interesse para dirimir as barreiras de acesso encontradas, cumprindo sua função como profissionais, mas também, agindo com uma postura humana na perspectiva de reduzir o impacto das barreiras de acesso, seja na adequação de horários, auxílio financeiro ou uma conversa mais pessoal com os usuários.

Apesar de não ser uma unanimidade, as unidades de saúde primária passam por diversas dificuldades que, muitas vezes, são sentidas pelos usuários e existem profissionais que tentam dirimi-las da forma mais eficiente possível para que não afete o serviço de saúde como um todo.

Destarte, essa pesquisa é importante para que seja feita uma conexão com a realidade de cada município participante e também de cada município com tipologia e/ou realidade semelhante aos aqui citados. Relevante dizer que, para que essas barreiras sejam dirimidas, é fundamental que as políticas públicas vigentes sejam efetivamente implementadas e novas sejam discutidas e aprovadas no sentido de garantirem o direito à saúde e o acesso aos serviços de saúde como preconiza o SUS. Além disso, é importante a realização de estudos com outros municípios, incluindo outras tipologias, a fim de se mapear as barreiras e as possibilidades de enfrentamento, redução ou, idealmente, de erradicação dessas barreiras.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMA – ATA. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS): Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)  
Acesso em: 20 set. 2022.

ÁLVARES, Juliana et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública [online]**, 2017, v. 51, suppl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8YvWPwQsXhhGRVrNqtPbfpJ/?lang=pt#>. Acesso em: 1 set. 2022.

ALVES, Milton Ruiz; TEMPORINI, Edméa Rita; KARA-JOSÉ, Newton. Atendimento oftalmológico de escolares do sistema público de ensino no município de São Paulo: Aspectos médico-sociais. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia [online]**, 2000, v. 63, n. 5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abo/a/TcwD9pxHV5rKtFvMpnby9bk/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2022.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. **Journal of Health and Social Behavior**, 1995. v. 36, n. 1, p. 1-10. DOI: <https://doi.org/10.2307/2137284>. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2137284?origin=crossref>. Acesso em: 31 mai. 2022.

ANVISA. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020**. Disponível em : <https://covid-19.campinas.sp.gov.br/sites/covid-19.campinas.sp.gov.br/files/NT%2004-2020%20PARA%20PUBLICAC%CC%A7A%CC%83O%2009.03.2022%20final.pdf>. Acesso em: 1 set. 2022.

Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>. Acesso em 27 set. 2022.

BALBINO, Carlos Marcelo et al. Os motivos que impedem a adesão masculina aos programas de atenção à saúde do homem. Vargem Grande Paulista: **Research, Society and Development**, 2020, v. 9, n. 7. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4230/3538>. Acesso em: 24 ago. 2022.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de Barros; SOUSA, Maria Fátima de Sousa. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade [online]**, 2016. v. 25, n. 1, p. 9-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGB5mXkMnHThYkzVPv/?format=html&lang=pt#>. Acesso em 11 ago 2022.

BECHO, Aline dos Santos. OLIVEIRA, Jorge Luis Tavares de; ALMEIDA, Geovana Brandão Santana. **Revista de Atenção Primária à Saúde [online]**, 2017, v. 20, n. 3, p. 349-359. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15608/8185>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BORSATO, Fabiane Gorni; CARVALHO, Brígida Gimenez. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, 2021, v. 16, n. 4. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n4/1275-1288/pt/#>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 036, de 11 de maio de 2020**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 02 nov. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA. **Equipes Homologadas - Atenção Primária à Saúde**. 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relEquipesHomologadas.xhtml>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **SUS: Princípios e Conquistas**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 12 fev. 2022.

CASSIANO, Ana Paula Carvalho; MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto. Atenção Primária à Saúde: Estigma a indivíduos com transtornos mentais. Recife: **Revista de Enfermagem UFPE Online**, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239668>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/239668/32517>. Acesso em: 11 ago. 2022.

CAMPOS, Ariadne. População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. **Saúde e Sociedade [online]**, 2018. v. 27, n.4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/r6wGzjvVdWBVQV8qQwrwJbK/?lang=pt#>. Acesso em: 11 ago. 2022.

CARRYL, Julian Anthony Murray; ROSSATO, Luciana; PRADOS, Rosália Maria Netto. Programa Mais Médicos. **Revista Diálogos Interdisciplinares**, 2016, v. 5, n. 2. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/161/229>. Acesso em: 1 set. 2022.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina [online]**, 2006, v. 35, n. 4. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2022.

DA SILVA, Guilherme Carraro Ganem Vieira et al. Desafios da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. Rio de Janeiro: **Revista Pró-UniverSUS**, 2021. v. 12, n. 1, p. 60-65. Disponível em: <http://192.100.251.116/index.php/RPU/article/view/2621>. Acesso em 22 set. 2022.

DATASUS. **Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Região, Unidade da Federação e Região Metropolitana**. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/giniuf.def>. Acesso em: 29 abr. 2022.

DRULLA, Arlete da Guia et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Curitiba: **Cogitare Enfermagem**, 2009, v. 14, n. 4, p. 667-674. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648977012.pdf>. Acesso em: 6 set. 2022.

FREITAS, Antônio Albano. Uma crítica heterodoxa à proposta Uma crítica heterodoxa à proposta do Novo Regime Fiscal (PEC n.º 55 de 2016). Porto Alegre: **Indicadores Econômicos FEE**, 2017. v. 44, n. 4, p. 9-26. Disponível em: <https://revistas.dee.spgg.rs.gov.br/index.php/indicadores/article/view/3883/3840>. Acesso em: 22 set. 2022.

FRENK, Julio. The concept and measurement of accessibility. *In*: TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde**. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 2 ed, p. 183-206.

FOLHA DE SÃO PAULO. 92% de novas vagas do Mais Médicos são preenchidas, mas dado gera desconfiança. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 nov. 2018. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/11/92-de-novas-vagas-do-mais-medicos-sao-preenchidas-mas-dado-gera-desconfianca.shtml>. Acesso em: 19 out. 2022.

GAMA, Abel Santiago Muri et al. Inquérito de Saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, 2018, v. 34, n. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nWyTKM4WRV5Gxr4pSVT4Mnp/?lang=pt#>. Acesso em: 18 out. 2022.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, 2017. v. 22, n. 4, p. 1225-1234. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/?lang=pt#>. Acesso em: 23 ago. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/pesquisa/23/25207?tipo=ranking&ano=2010>. Acesso em: 29 abr. 2022.

IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira. **Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manginhos, Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24342/ve\\_Mellina\\_Marques\\_ENSP\\_2013?s equence=1&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24342/ve_Mellina_Marques_ENSP_2013?s equence=1&isAllowed=y). Acesso em: 24 ago. 2022.

JORNAL NACIONAL. Governo corta verbas de programas sociais como Farmácia Popular e Casa Verde e Amarela. **G1**, 15 set. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/09/15/governo-corta-verbas-de-programas-sociais-como-farmacia-popular-e-casa-verde-e-amarela.ghtml>. Acesso em: 18 out. 2022.

MARTINS, Dilermando Aparecido Borges. Programa Mais Médicos no Brasil: análise de conjuntura. Ponta Grossa: **Emancipação**, 2019, v. 19, n. 1, p. 1-15. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/12947/209209210953>. Acesso em: 19 out. 2022.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**, 2020. v. 25, n. 4, p. 1181-1188. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 22 set. 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em 12 fev. 2022.

MÉLO, Cláudia Batista et al. Teleconsulta no SUS durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. Vargem Grande Paulista: **Research, Society and Development**, 2021, v. 10, n. 8. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17675/15755>. Acesso em: 6 set. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O acesso à Atenção Primária à Saúde**. In: DONABEDIAN, Avedis. Aspects of medical care administration. 2017. Disponível em:

[https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria\\_etapa4\\_aps\\_anexo4.pdf](https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa4_aps_anexo4.pdf). Acesso em: 26 mar. 2022.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; VASCONCELLOS, Miguel Murat; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, 2008. v. 24, s. 1. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24suppl1/s4-s5/pt/#>. Acesso em: 10 mar. 2022.

OLIVEIRA, Sheyla Costa de et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. Curitiba: **Cogitare Enfermagem**, 2009, v. 14, n. 1. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648974010.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2022.

PENCHANSKY, R; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**, 1981. v. 19, n. 2, p. 127-140. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001.1097/00005650-198102000-00001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7206846/>. Acesso em: 31 mai. 2022.

PENIDO, Alexandre. 97,2% das vagas do Mais Médicos já foram preenchidas. *In*: MARTINS, Dilermando Aparecido Borges. Programa Mais Médicos no Brasil: análise de conjuntura. Ponta Grossa: **Emancipação**, 2019, v. 19, n. 1, p. 1-15. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/12947/209209210953>. Acesso em: 19 out. 2022.

PINEDA, Luiz Miguel Vidal. Resenha crítica de Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. *In*: DONABEDIAN, Avedis. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. **Estudios Sociológicos**, 1991, v. 9, n. 26. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/40420128>. Acesso em: 31 ago. 2022.

PNUD. **Índice de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/idh#:~:text=O%20%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Humano,%3A%20renda%2C%20educa%C3%A7%C3%A3o%20e%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 29 abr. 2022.

QUINTILIANO, Kátia Macário Santos. **Acessibilidade aos serviços de saúde de famílias da zona rural em Colônia de Leopoldina - Alagoas**. Maceió. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Belo Horizonte, 2014.

ROCHA, Felipe Coura; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos. Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. São João del-Rei: **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 2020. v. 15, n. 1. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100006). Acesso em: 11 ago. 2022.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**,

2016, v. 14, suppl. 1. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/4ZR8JctDd9fttkgDT5KCSgJ/?lang=pt>. Acesso em: 1 set. 2022.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 2010, v. 26, n. 5, p. 961-970. Disponível em:

[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v26n5/18.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v26n5/18.pdf). Acesso em: 24 ago. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS (SES-AL). **Plano Estadual de Saúde de Alagoas 2020-2023**. Alagoas, 2020. Disponível em:

<https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/PES-2020-2023.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SILVA, Carla Mendes Queiroz. **A masculinidade como fator impeditivo para o acesso aos serviços e ao auto cuidado: uma revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2010. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/4391/1/2385.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2022.

TAVARES, Clodis Maria et al. Tendência e caracterização epidemiológica da tuberculose em Alagoas, 2007-2016. **Cadernos de Saúde Coletiva [online]**, 2020, v.28, n. 1, p. 107-115.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Hhqt7LTxfWMvBjfsHxxD8h/?lang=pt#>. Acesso em: 21 ago. 2022.

THIEDE, Michael; MCINTYRE, Di. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Caderno de Saúde Pública [online]**, 2008. v. 24, n. 5, p. 1168-1173. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500025>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/WfKMPKTHBcy7TyxYKc6bMJj/?lang=en#>. Acesso em: 20 jun. 2022.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde**. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 2 ed, p. 183-206.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública [online]**, 1990. v. 24, n. 6, p. 445-452. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/xQrcDcMF3c8bfctnHyqGmsD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2022.

WOLFFENBUTTEL, Andréa. IPEA. **O que é? - Índice de Gini**. Ano 1, Edição 4, 2004. Disponível em:

[https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&id=2048:catid=28](https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28). Acesso em: 29 abr. 2022.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. **O paradoxo do território e os processos de estigmatização da AIDS na Atenção Básica em Saúde**. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/115057/000956460.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 ago. 2022.

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade de Brasília - UnB Centro de Estudos  
Avançados Multidisciplinares – CEAM Núcleo de Estudos  
em Saúde Pública - NESP

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **“Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

O objetivo desta pesquisa é compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

A sua participação será por meio da participação em grupos de diálogo e entrevistas individuais, que serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, haverá ainda o registro fotográfico e em vídeo o tempo estimado para a realização é entre 20 minutos e 1 hora.

Uma das metodologias propostas consiste em oficinas de abordagem e entrevistas, que, por se tratar de conversas, eventualmente, os sujeitos participantes podem vir a sentir-se constrangidos por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado.

Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa, em que o participante está resguardado e que suas informações pessoais/ identidade não serão reveladas. No que diz respeito aos riscos é possível que ocorra incompreensão dos termos utilizados pela equipe de pesquisa, fortes emoções diante de problemas correlacionados a problemas pessoais e exposição diante do grupo. Quanto aos benefícios há contribuição para o fortalecimento das redes sociais para prevenção e controle das doenças, conhecimento acerca do tema, desenvolvimento do senso

crítico, contribuição com a pesquisa científica no âmbito da informação, educação e comunicação em saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente em meio científico. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, Universidade de Brasília – UnB

Página 1 de 2

---

Rubrica



**Universidade de Brasília - UnB Centro de  
Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM  
Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP**

Faculdade Ciências da Saúde - FS Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor, entrar em contato com o NESP/UnB em horário comercial, ou ainda com a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone

(61) 3107-7940, com possibilidade de ligações a cobrar, ou ainda pelo endereço de e-mail (mariafatimasousa09@gmail.com).

Quanto à possibilidade e indenização ressarcimento de despesas, os possíveis casos serão avaliados junto à fonte financiadora desta pesquisa: Conselho Federal de Enfermagem

(COFEN), com gestão de recursos pela Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10h00min às 12h00min e de 13h30min às 15h30min, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Local: \_\_\_\_\_ Data:    /    /

Nome entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura entrevistado: \_\_\_\_\_

Nome pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Assinatura pesquisador: \_\_\_\_\_

**ANEXO 2 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E  
SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA**

Universidade de Brasília – UnB  
Faculdade de Ciências da Saúde – FS  
Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP

**Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de  
pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Análise das Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)”, CAEE nº 20814619.2.0000.0030, aprovado em 03 de outubro de 2019, sob responsabilidade da pesquisadora Maria Fátima de Sousa, CPF: 238.187.354-68, vinculada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade e pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitados acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante  
Sousa

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Fátima de

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Em caso de dúvida procurar: Profa. Maria Fátima de Sousa (Coordenadora da Pesquisa)**

Endereço Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde (FSD), Departamento de Saúde Coletiva

(DSC), Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910 900, Brasília, DF, Brasil. Telefone: (61) 31071951(DSC) /31077950(NESP) /8147-5050. E-mail:

[mariafatimasousa09@gmail.com](mailto:mariafatimasousa09@gmail.com) /[nespadm@gmail.com](mailto:nespadm@gmail.com)

**Ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da**

**Faculdade de Ciências da Saúde: CEP/FS** – End.: Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Telefone: (61) 31071947 E-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com).

## ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

### PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIRAS E ENFERMEIRAS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo: Conhecer as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros atuantes na em seu cotidiano.

Nº Entrevista: \_\_\_\_\_

Data: Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

#### **Bloco I: Dados sociais**

Nome (iniciais) \_\_\_\_\_

Qual sua data de nascimento: \_\_\_\_\_

O seu gênero é: \_\_\_\_\_

A sua raça é: \_\_\_\_\_

Qual a sua naturalidade? \_\_\_\_\_

Você trabalha no município que reside? \_\_\_\_\_

Por que você escolheu este lugar para trabalhar? \_\_\_\_\_

Qual seu estado civil? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram em sua residência? \_\_\_\_\_

Qual a renda familiar em sua casa? \_\_\_\_\_

Qual a sua renda mensal? \_\_\_\_\_

#### **Bloco II- Formação Profissional**

1. Em que ano você concluiu sua graduação? \_\_\_\_\_

2. Estudou em instituição pública ou privada? \_\_\_\_\_

3. Em que estado/país você se graduou? \_\_\_\_\_

4. Você fez cursos de pós-graduação (Stricto Sensu/Lato Sensu)? Em caso afirmativo qual(is)?

Qual ano completou? \_\_\_\_\_

**Bloco III- Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o trabalho que você desenvolve nesta unidade.**

1. Há quanto tempo trabalha nesta unidade?
2. Descreva como é o seu dia a dia de trabalho e suas principais atividades.

Obs: Não se esquecer de perguntar sobre:

Consulta para hipertensos, diabéticos, crianças, pré-natal, Hanseníase, Tuberculose

Atenção à saúde do adolescente, saúde do homem, saúde do idoso, saúde mental;

Atuação no acolhimento à demanda espontânea e sobre a classificação de risco;

Realização de interconsultas com outros profissionais;

Incorporação do atendimento Domiciliar (AD1) / visita domiciliar;

Utilização de Projetos Terapêuticos ou Plano de Cuidados para condução da assistência (gestão do cuidado);

Ações de vigilância;

Atividades de educação permanente (discussão de casos, treinamento de temas relevantes para prática da enfermagem e demais categorias);

Atividades de planejamento e/ou gerenciais em saúde;

Realização de pesquisas com os dados produzidos pelo trabalho da enfermeira e técnicos ou auxiliares ou participação em pesquisa desenvolvidas na unidade;

Atividades de preceptoria do ensino médio ou superior.

Participa de ações de alimentação e nutrição: SISVAN, Programa Bolsa Família, NUTRISUS; caso o profissional não lembre ou não fale.

3. O que você encontra como facilidades no seu trabalho como enfermeira (o)?
4. O que você encontra como dificuldades no seu trabalho como enfermeira (o)?
5. Em suas atividades diga-me em qual área você identifica ter autonomia como profissional?
6. Você precisa de avaliação/prescrição de outro profissional para concluir um atendimento que iniciou, seja no acolhimento ou em consultas? Tem disponibilidade de Protocolos de Enfermagem de uso no município?
7. Em relação a saúde da mulher, você realiza a coleta de exame Papanicolau e exame das mamas? Existem Protocolos específicos, a nível municipal, para a condução destas situações de uso no município?

- 8.** Em caso de verificação de um processo inflamatório e/ou infeccioso em uma doença sexualmente transmissível você prescreve o tratamento medicamentoso? Por quê? Existem Protocolos específicos, a nível municipal, para a condução destas situações de uso no município?
- 9.** Em caso de tratamento de lesões de pele dos usuários em sua unidade, você está habilitada/autorizada a prescrever pomadas e coberturas sem recorrer a prescrição médica? Existem Protocolos específicos, a nível municipal, para a condução destas situações de uso no município?
- 10.** Aqui nesta unidade faz parte de suas atividades a solicitação de exames como endoscopia, ultrassonografia, raio-x, exames bioquímicos? Existem Protocolos específicos, a nível municipal, para a condução destas situações de uso no município?
- 11.** Você faz atendimento coletivo a grupos da população na unidade de saúde? Com qual periodicidade? Que tipo de ação/ações você desenvolve?  
Buscar identificar quais os grupos da população (homens, mulheres, crianças, adolescentes, gestantes, por patologias, qualidade de vida);  
Levantar sobre Programa Saúde na Escola e outras ações intersetoriais (outros setores da sociedade além da educação).
- 12.** Se tomarmos a experiência que você me descreveu anteriormente, que necessidades de saúde mais tomam a sua atenção?
- 13.** Durante o período de Pandemia que atividades você desenvolve? Dispositivos moveis para tele consulta?
- 14.** Quais desafios ou limitações enfrentou ou ainda enfrenta como enfermeira(o) no contexto da pandemia?
- 15.** Com a pós pandemia, o que mudará em suas práticas? [Fale das potencialidades de atuação que você observa para seu trabalho pós pandemia].

## ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE(APS) **Pesquisador:** Maria Fátima de Sousa **Área**

**Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20814619.2.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM COFEN

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.619.308

#### Apresentação do Projeto:

Resumo: “No Brasil diversos estudos evidenciam a falta de acesso aos serviços de saúde (LIMA, 2015; STOPA et al, 2017; KOGA, 2015). Para vencer os desafios locais e regionais característicos de um país com grandes dimensões continentais como o Brasil, o sistema de saúde aposta em serviços de saúde primários, que contam com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, bem como outros arranjos de profissionais na Atenção Primária em Saúde – APS. Tais serviços devem prover acesso ampliado para população e apresentar capacidade resolutiva de oitenta e cinco por cento dos problemas mais prevalentes da população, conforme as evidências científicas (MS, 2017; OLIVEIRA et al, 2017).No Brasil ainda temos na Atenção Básica equipes sem médicos, o que traz visíveis desequilíbrios no trabalho dos demais profissionais, destacando-se o trabalho dos enfermeiros que assumem na maioria das vezes, a assistência dos usuários dando resolutividade às questões trazidas para as equipes, garantindo a cobertura e o acesso aos serviços de saúde sendo em muitos locais o único profissional que atende diretamente à população (OLIVEIRA et al, 2017; CRAVEIRO et al, 2015). De modo geral os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família são responsáveis

pelo cuidado individual, familiar ou comunitário, colaborando para os bons resultados para o sistema de saúde, principalmente quando relacionados à longitudinalidade da atenção que envolve a continuidade dos cuidados e contribui para adesão terapêutica.

Outros	3_1_TERMOS_DE_CONCORDANCIA_D A_INSTITUICAO_FS.docx	04/09/2019 17:37:06	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_Inst_Prop_Nesp.pdf	04/09/2019 17:35:21	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_Inst_Prop_Nesp.docx	04/09/2019 17:28:49	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	2_Cartaencaminhamento_Cofen.docx	04/09/2019 17:09:09	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	1_Termoderesponsabilidade_Cofen.doc x	04/09/2019 17:06:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	1_1Termoderesponsabilidade_Cofen.pdf	04/09/2019 17:05:50	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Termoderesponsabilidade_Cofen.pdf	09/08/2019 17:56:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Cartaencaminhamento_Cofen.pdf	09/08/2019 17:55:39	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Orçamento	Orcamento_Cofen.docx	09/08/2019 17:54:30	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_assinada_Cofen.pdf	09/08/2019 17:54:03	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoEnfermagem_020819.pdf	02/08/2019 18:23:02	Maria Fátima de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/08/2019 18:21:06	Maria Fátima de Sousa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 03 de outubro de 2019

---

**Assinado por:  
Marie Togashi  
(Coordenador(a))**