



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**LARISSA NAYANE BRAZ DO NASCIMENTO**

**ACESSIBILIDADE: sob a ótica de usuários e profissionais de saúde no âmbito da  
Estratégia Saúde da Família**

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2013**

**LARISSA NAYANE BRAZ DO NASCIMENTO**

**ACESSIBILIDADE: sob a ótica de usuários e profissionais de saúde no âmbito da  
Estratégia Saúde da Família**

*Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado como exigência para obtenção  
do título de graduação do curso de  
Enfermagem da Universidade Estadual da  
Paraíba.*

**Orientadora: Sandra dos Santos Sales**

**CAMPINA GRANDE**

**2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

N244a Nascimento, Larissa Nayane Braz do.  
Acessibilidade [manuscrito] : sob a ótica de usuários e profissionais de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família / Larissa Nayane Braz do Nascimento. – 2013

52 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profª. Esp. Sandra dos Santos Sales, Departamento de Enfermagem”.

1. Assistência médica. 2. Saúde pública. 3. Serviços de saúde. 4. Saúde da família. I. Título.

21. ed. CDD 614

LARISSA NAYANE BRAZ DO NASCIMENTO

**ACESSIBILIDADE: sob a ótica de usuários e profissionais de saúde no âmbito da  
Estratégia Saúde da Família**

*Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado como exigência para obtenção  
do título de graduação do curso de  
Enfermagem da Universidade Estadual da  
Paraíba.*

Aprovado em: 15 / 07 / 13 .

**BANCA EXAMINADORA**

Sandra dos Santos Sales

Prof<sup>a</sup>. Esp. Sandra dos Santos Sales / UEPB

Orientadora

Enyedja Kerlly Martins de A. Carvalho.

Prof<sup>a</sup> Ms. Enyedja Kerlly Martins / UEPB

Examinadora

Maria Cidney da Silva Soares

Prof<sup>a</sup> Ms. Maria Cidney da Silva Soares / FCM

Examinadora

*Aos meus avós maternos, Ione e 'Nanô', por todo apoio, amor, afeto e por me incentivarem na busca contínua pelo conhecimento. Que apesar da distância se fizeram sempre presentes. Dedico a vocês um dos resultados desses anos de estudo. Amo vocês!*

## AGRADECIMENTOS

*O fruto mais saboroso colhido ao final de uma longa jornada é o sentimento de gratidão. A realização deste trabalho não seria possível sem a ajuda de inúmeras pessoas, a quem dirijo meu reconhecimento:*

*Agradeço primeiramente a Deus que acompanhou e trilhou comigo cada passo dessa jornada, por me fazer sempre lutar e nunca desistir nos obstáculos que surgiram, sem ele, nada disso seria possível.*

*A vocês minha família que fizeram de tudo para ajudar, pais, avós, irmãs, tias, primas, primos e sobrinhos, que me ensinaram a sempre seguir em frente, a traçar os melhores caminhos, meu muito obrigada pela atenção e carinho dispensados a todo momento, pela paciência, pelos abusos aguentados. Somos uma família muito unida, e sem a contribuição de cada um de vocês, não seria possível ter chegado aqui. Eterna é a gratidão por vocês tão queridos, amo vocês!*

*Ao Aureliano, meu grande amor, companheiro de sonhos e de vida, parceiro e paciente, por toda compreensão, por me colocar sempre pra cima nos momentos de fraqueza, e, sobretudo, por estar sempre tão perto, apesar dos quilômetros de distância. Aprendo com você a cada dia o sentido do verdadeiro amor. Amo você minha vida.*

*Aos meus amigos, Gabriela, Jeferson, Joeudes e Clécio, pela amizade construída, meu primeiro contato na vida acadêmica foi com vocês, construímos laços que nem o tempo e nem a distância apagarão, belas são as lembranças de bons tempos vividos.*

*Aos meus colegas de curso, em especial, Kauany, Juliana, Giovanna, Sabrina Araújo, Sabrina Talita e Luna, pelas conversas, pela amizade conquistada, pelos momentos de distração, aprendizados e incentivos. Os momentos compartilhados, tão ricos, no dia a dia do curso, muito facilitaram a realização deste trabalho. Sei que a partir de agora nos veremos menos, mas quero tê-las sempre comigo, por fazerem parte de uma época tão marcante em minha vida.*

*Um agradecimento especial, a minha orientadora Sandra dos Santos Sales, pela dedicação, paciência e riqueza de suas orientações, pela oportunidade concedida e pela amizade conquistada.*

*A todos os docentes e profissionais que compõe a Universidade Estadual da Paraíba, a qual passei 5 anos de minha vida, meu muito obrigada pelo conhecimento adquirido.*

*E por fim, não menos importante, aos sujeitos da pesquisa, que se dispuseram de seu tempo, e pela confiança em partilharem conosco suas experiências nos serviços de saúde.*

*“Descobri como é bom chegar quando se tem paciência, e para chegar onde quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão. É preciso antes de mais nada, querer.”*

*(Amyr Klink)*

## **ACESSIBILIDADE: sob a ótica de usuários e profissionais de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família**

NASCIMENTO, Larissa Nayane Braz do.

### **RESUMO**

O acesso dos usuários aos serviços é parte essencial da organização e do funcionamento dos sistemas de saúde. Representa um direito fundamental de todo cidadão, porém ainda existem barreiras que comprometem este acesso de forma qualificada e humanizada. Assim, objetivou-se analisar a acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) do município de Campina Grande-PB. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada junto a profissionais e usuários de três UBSFs. O material foi analisado de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin. Neste estudo, a acessibilidade foi entendida como as características da organização da oferta dos serviços de saúde que contribuem para uma maior ou menor utilização desses serviços, por parte dos usuários do sistema. Foram identificados elementos facilitadores (a qualidade do atendimento; a dispensação da medicação; trabalho em equipe; integralidade; educação em saúde; visita domiciliar e acolhimento/humanização) e dificultadores (tempo prolongado para marcação e realização de consultas médicas; marcação de exames e grande tempo de espera para serem atendidos; baixa procura pelos serviços nas UBSFs por parte da comunidade; estrutura física inadequada para atender a demanda e demora para a marcação de exames e consultas especializadas) para a garantia do acesso aos serviços e ações da atenção básica. O estudo identificou que os usuários têm acesso ao serviço procurado, porém faz-se necessário maior empenho dos gestores e gerentes das unidades para garantir a resolubilidade, humanização e integralidade da assistência, além de melhorar o serviço quanto à oferta e a estrutura física.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde; Estratégia Saúde da Família; Integralidade da Assistência.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
2.1. O Sistema Único de Saúde no Brasil.....	11
2.2 Contextualizando a Estratégia Saúde da Família (ESF).....	12
2.3. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).....	12
2.4. Política Nacional de Humanização do SUS.....	13
2.5. Acesso e Acessibilidade.....	14
2.6. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).....	15
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
3.1 Tipo de Estudo .....	17
3.2 Cenário da Pesquisa.....	17
3.3 Colaboradores do Estudo.....	19
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	20
3.5 Coleta do Material Empírico.....	20
3.6 Tratamento e Análise do Material Empírico.....	21
3.7 Aspectos éticos.....	22
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
4.1. Categoria 1: REALIDADE DA ACESSIBILIDADE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	24
4.2. Categoria 2: LIMITES E POSSIBILIDADES NA ACESSIBILIDADE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	30
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>

**REFERÊNCIAS**

**ANEXOS**

**APÊNDICES**

## 1. INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, foram ocorridas significativas mudanças que redefiniram as prioridades da Política de Saúde no Brasil. A saúde passa a ser tida como um direito de todos e dever do Estado. Em concomitância, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), que através de seus princípios e diretrizes, implica na construção de práticas inovadoras em Saúde, a partir do processo de trabalho pautado de acordo com as reais necessidades dos usuários dos serviços (CARVALHO et al., 2008).

Com a criação do SUS houve a necessidade inicial de ampliação do acesso aos serviços de saúde. Esta se deu através da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) que vem se expandindo sensivelmente desde então. Em 2007, com a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF) atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.

Segundo Mendes (1996), trata-se de uma estratégia necessária à organização do distrito sanitário (no nível primário), juntamente com o consórcio de saúde (no nível secundário e terciário). O autor busca sublinhar o caráter estratégico da proposta num sentido mais amplo que a noção de programa, na perspectiva de impulsionar o desenvolvimento da atenção primária em saúde. Tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da atenção básica (Brasil, 2006), assumindo esta, a função de porta de entrada do SUS.

O que pode ser reafirmado em Starfield (2002), onde ele diz que o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, é a atenção primária, e esta deve ser de fácil acesso para a população. A atenção básica como porta de entrada ao sistema de saúde encontra referência também na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006a), que assegura a todos os cidadãos o acesso aos sistemas de saúde de forma ordenada e organizada, ocorrendo prioritariamente por meio dos Serviços de Saúde da Atenção Primária próximos ao local de moradia dos usuários.

Mas, embora o acesso aos serviços de saúde seja reconhecido como um direito fundamental do cidadão ainda existe barreiras que comprometem o acesso da população aos cuidados de saúde mais básicos. De acordo com O'Donnell (2007) milhões de pessoas sofrem e morrem em todo o mundo por condições para as quais já existem intervenções efetivas.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) lança o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, onde debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil (BRASIL, 2011a).

O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão de qualidade uniforme de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Para Silva et al., (2011) a acessibilidade está diretamente relacionada: às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários; a presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; à existência de instalações devidamente equipadas e inseridas em espaços nos quais os usuários e profissionais possam interagir. A acessibilidade extrapola, portanto, a dimensão geográfica, abrangendo o aspecto econômico, a existência de um corpo técnico devidamente qualificado e a necessidade do usuário em buscar o serviço de saúde.

Nesta perspectiva, vem crescendo a importância do usuário quando se aborda a qualidade de serviços de saúde. Sendo o usuário o protagonista, o seu papel tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento.

Diante dessa discussão, é pertinente considerar, que os profissionais de saúde constituem-se em um fator que influencia de maneira considerável na busca dos usuários pelos serviços de saúde. Sendo assim, os usuários demonstram satisfação e valorização quando os profissionais demonstram atenção e respeito, construindo uma relação mais humanizada e que valorize as reais necessidades dos usuários que buscam os serviços de saúde.

Portanto, esta pesquisa buscou respostas às seguintes questões: Quais as potencialidades e desafios no acesso aos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica a

partir da percepção de usuários e profissionais de saúde? Quais ações são operacionalizadas pelos profissionais a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde?

Para responder a esses questionamentos, o estudo buscou analisar a acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), no município de Campina Grande- PB. Especificamente, teve como objetivos: conhecer qual o significado atribuído à acessibilidade pelos profissionais da UBSF; identificar as estratégias operacionalizadas pela Equipe de Saúde da Família para garantir a qualidade no acesso dos usuários aos serviços de saúde; identificar as dificuldades do acesso ao serviço a partir da percepção dos profissionais de saúde; avaliar junto à Equipe de Saúde da Família quais seriam os dispositivos e/ou estratégias de intervenção adequada para garantir a qualidade no acesso dos usuários aos serviços de saúde; e, conhecer a percepção dos usuários sobre fatores que possam dificultar e/ou facilitar o acesso aos serviços de saúde.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 O Sistema Único de Saúde no Brasil**

O ano de 1988 constituiu um marco histórico para a saúde no Brasil, pois o sistema de saúde Brasileiro focado na biologia humana, e por consequência, na assistência individual, passa a ser fortemente questionado. Esses novos questionamentos surgiram em função de que, muito embora houvesse o desenvolvimento de novas tecnologias e medicamentos cada vez mais dispendiosos e sofisticados, o sistema continuava ineficiente. Desta forma surge a necessidade de se tratar a saúde de forma diferente no país, criando-se o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988 (SANTOS, 2008).

Antes da criação do SUS a saúde não era considerada direito social. O modelo de saúde adotado até então, dividia o brasileiro em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito a saúde pública por serem segurados pela previdência e os que não possuíam direito algum (BRASIL, 2009).

Baseados nos preceitos constitucionais, a construção do SUS obedece aos princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade e aos princípios organizativos: regionalização, hierarquização, descentralização, comando único, a participação popular e complementaridade do setor privado (FERREIRA, 2009).

De acordo com Brasil (2011), o SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

Assim, para Santos (2008), o SUS propõe-se tratar em sua integralidade, com equidade no acesso a bens de serviços sociais, a informação, a educação, ao lazer, a cidadania, através da promoção da saúde e da qualidade de vida da população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2009).

## **2.2 Contextualizando a Estratégia Saúde da Família**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como uma proposta do Ministério da Saúde, em 1994, para superar o modelo assistencial centrado em procedimentos e de perfil hospitalar, apontados como responsáveis pela "ineficiência do setor; insatisfação da população; desqualificação profissional e iniquidades". Buscando fortalecer a atenção básica, a partir da descentralização da assistência para o local mais próximo em que vivem as pessoas, pautando-se na integralidade e humanização dos cuidados (SANTOS, 2011).

Neste sentido, a ESF é de grande relevância e vem sofrendo uma expansão nos últimos anos. Através dela se propõe uma reorientação do modelo assistencial de saúde, que busca a incorporação da promoção da saúde, com um trabalho interdisciplinar e intersetorial, um envolvimento comunitário e uma lógica de responsabilização que possam contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para a qualidade de vida das comunidades atendidas, tendo o indivíduo e a família como foco das ações (FERREIRA, 2009).

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades das ações que vão além da prática curativa. A Unidade de Saúde da Família estrutura-se em princípios de territorialização, adscrição da clientela, hierarquização e trabalho em equipe (SILVA, 2010).

## **2.3 Política Nacional de Atenção Básica**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos (BRASIL, 2011).

Porém, no início de 2011, ao tomar posse, o ministro da saúde Alexandre Padilha assumiu a garantia ao acesso como uma de suas prioridades e gerou polêmica ao afirmar que “Não existe modelo de atenção primária à saúde único num Brasil que é tão diverso como o nosso”. Um ano depois, já foram publicadas uma série de portarias que afetam de forma significativa a atenção primária (APS) do País, culminando em uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (FONTANELLE, 2012).

De forma geral, a nova PNAB manteve a essência da anterior e incorporou os núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de Saúde da Família ribeirinhas e unidades de saúde fluviais, através da consolidação das respectivas portarias, além de regulamentar os Consultórios de Rua e, no âmbito da atenção primária à saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE) (FONTANELLE, 2012).

Para finalizar o tópico, Brasil (2011) afirma que para operacionalização da política no Brasil, é necessário utilizar-se de uma estratégia nacional prioritária que é a Saúde da Família de acordo com os preceitos do SUS.

#### **2.4 Política Nacional de Humanização do SUS**

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS – Humaniza SUS é uma política pública de saúde que reafirma os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS mas, também, propõem outros princípios dos quais não se pode abrir mão se queremos um SUS resolutivo e de qualidade. Construir a PNH como política pública é construir uma política que é para todos e de qualquer um, uma política que convoca trabalhadores, usuários, gestores para trabalhar em prol da saúde coletiva e que altera as relações de poder ao propor a indissociabilidade entre atenção e gestão (SILVA, 2008).

Como política, a humanização deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Era principalmente o modo coletivo e cogestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nesta produção que deveria orientar a construção da PNH como política pública (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Para Cecílio (2009), a política de humanização do SUS é vista como uma estratégia de construção de espaços de negociação para contribuir e viabilizar a consolidação da integralidade. Propõe processos de educação com gestores e profissionais, com o objetivo de multiplicar o número de apoiadores institucionais. A humanização nesse sentido comporta necessariamente a compreensão do humano em todas as dimensões. Onde o profissional

permite-se ser humano, sentir-se em relação com o outro, para manifestar a sua sensibilidade, estabelecendo assim, uma relação de sujeito (HAMMAD, 2010).

## **2.5 Acesso e Acessibilidade**

Por sua dimensão e alcance, os termos acesso e acessibilidade configuram várias concepções. Os dicionários registram acessibilidade como a qualidade de ser acessível; facilidade na aproximação, no trato ou na obtenção. E o termo acesso com o sentido de ingresso; passagem; ato ou efeito de acessar (FERREIRA, 2001).

Para tanto, aplicado aos serviços de saúde, esses conceitos se tornam complexos. O acesso engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas: uns autores abordam as características dos indivíduos, outros as características da oferta, e outros, as características de ambos ou a relação entre os indivíduos e a oferta de serviços. Há também divergências quanto ao enfoque e à terminologia empregada, com alguns autores empregando o substantivo acessibilidade, enquanto outros o substantivo acesso ou ambos os termos (VIEIRA, 2010).

O acesso direto ao serviço (entrada) deve ser expresso na acessibilidade, enquanto uma qualidade do serviço e da oferta que aumente a capacidade da população usá-lo conforme as necessidades (FORTES, 2009).

Para Brasil (2008), a acessibilidade é definida como possibilidade econômica, ou geográfica, ou legal, ou cultural, ou organizativa, que uma população possui para ser atendida em um serviço de saúde.

O acesso da população à rede deve ocorrer através de uma porta de entrada, ou seja, para que aconteçam as ações de saúde é necessário o estabelecimento de um primeiro contato entre usuário e profissionais de saúde. Este encontro deve acontecer, principalmente, na atenção básica à saúde, tornando-se essa uma das principais portas para a assistência à saúde. Tal arranjo é apontado como caminho para a consolidação do SUS (WHO, 2008). De certa forma, essa realidade é determinante para a organização do SUS, mas para que ocorra, há que se garantir acesso aos serviços de saúde.

Os problemas de acesso aos serviços de saúde na atenção básica têm sido frequentemente descritos pela literatura internacional. No Brasil, o acesso tem existido não como estratégia para facilitar a utilização dos serviços, mas, como decorrência da ausência de medidas específicas para organização do atendimento aos usuários. Embora a universalização



da atenção à saúde esteja constitucionalmente assegurada e a expansão da Estratégia Saúde da Família tenha em muito contribuído para esta finalidade, as barreiras organizacionais ao acesso aos serviços da rede básica, é ainda um problema central para a consolidação do SUS no país (SILVA et al., 2010).

De acordo com o estudo de Souza (2008) que teve como proposta comparar a percepção de usuários e profissionais em unidades de saúde da família, no tocante ao acesso, encontrou-se como resultado, que as dificuldades de acesso foram citadas pelos dois grupos, associadas à demanda excessiva, número de profissionais e dificuldades de gerenciamento de casos agudos.

Em outro estudo sobre acessibilidade de Fernandes (2010), foi identificado como principais causas que dificultam o acesso na Atenção Básica: má qualidade dos serviços; falta de transporte; longas distâncias; demora nos atendimentos; demora no agendamento das consultas e uma minoria respondeu, falta de médico na Unidade.

Neste sentido, a experiência de acesso dos indivíduos no contato direto ou indireto com os serviços de saúde diz muito a respeito da capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades; em garantir-lhes um direito humano e social - o direito a ter saúde - que, no âmbito das políticas públicas, deve refletir o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária (AZEVEDO, 2010).

## **2.6 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**

A Portaria 1.654 do Ministério da Saúde publicada em 19 de julho de 2011 criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação de padrões de acesso e de qualidade nas equipes de atenção básica. Esta medida apontou para o início de mudanças importantes e persistentes em diversas dimensões do processo de trabalho das equipes. Tais mudanças deverão ser demandadas tanto pela própria equipe, quanto por gestores e usuários, resultando num rico espaço de diálogo-negociação-gestão dos três atores implicados (PINTO, 2012).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem como diretriz o estímulo à mudança incremental do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Como o PMAQ-AB não será restrito às equipes de Saúde da Família, o Ministério da Saúde (MS) criou a figura das “equipes de atenção básica” (EAB) (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, a criação das EAB permite que o MS induza qualidade na APS, ao mesmo tempo em que a Saúde da Família persiste como a estratégia preferencial. Além disso, com uma participação mais expressiva do enfermeiro e a obrigatoriedade do Agente Comunitário de Saúde, a conformação em EAB deverá induzir a APS a ficar, cada vez mais, semelhante ao que preconiza a estratégia Saúde da Família (FONTENELLE, 2012).

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, exploratório com abordagem qualitativa.

Segundo Gil (2009), as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade proporcionar maior proximidade com o problema, no intuito de torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses assim como aprimorar as ideias ou descobrir intuições.

Ainda segundo este autor, as pesquisas descritivas apresentam como objetivo principal *“a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”*.

A pesquisa qualitativa foi escolhida por abordar as questões sociais e é responsável pelo espaço mais amplo das relações como o significado, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2008).

Portanto, essa pesquisa empregou a metodologia qualitativa, apropriada para o contexto estudado e para as respostas que foram buscadas.

#### 3.2. Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Campina Grande-PB, localizada no interior do estado da Paraíba, na Zona Centro-Oriental, no Planalto da Borborema, ficando cerca de 125 km da capital João Pessoa, e equidistante em relação aos principais centros econômicos do Nordeste. A sua população está estimada em 383.941 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 40% da população do estado. A economia é baseada na indústria, no comércio e no turismo de eventos. Além da zona urbana, o município possui três distritos rurais: São José da Mata, Catolé de Boa Vista e Galante.

O município sedia o 3º Núcleo Regional de Saúde, unidade da divisão geopolítica administrativa estadual, constituindo-se uma macrorregional de saúde, que congrega 70 municípios pactuados, sendo também referência em serviços de saúde para os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Encontra-se em gestão plena do Sistema de Saúde desde 1997. Obedecendo aos critérios de hierarquização e regionalização, o município foi dividido em seis distritos sanitários.

Campina Grande possui atualmente 96 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), estando distribuídos em todos os distritos sanitários, com cobertura de 87%, considerando-se o município no todo, e 100%, levando-se em consideração a Zona Rural. Um dos propósitos dessa pesquisa foi desenvolver-se em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), no

âmbito do Distrito Sanitário I, na área de abrangência do José Pinheiro, totalizando cinco equipes de saúde da família. A pesquisa foi realizada em três Unidades: Unidade José Pinheiro II, Unidade Francisco Brasileiro e Unidade José Pinheiro I, sendo estas duas últimas compostas por duas equipes de Saúde da Família, cada uma.

Com relação à estrutura física das UBSF's, podemos informar que na Unidade José Pinheiro II, a estrutura física é de uma residência que foi adaptada para ser uma Unidade de Saúde, composta por sala de espera, recepção, sala de vacina, consultório de enfermagem, consultório médico, um único banheiro para profissionais e usuários de ambos os sexos e uma copa. Não existem salas destinadas especificamente para realização de curativos, para triagem, farmácia, e a equipe é mínima de acordo com os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, visto que na equipe há a ausência do cirurgião-dentista, portanto também não há consultório odontológico. A Unidade apresenta uma localização central e de fácil acesso, com ruas asfaltadas. A equipe de saúde da unidade é composta por enfermeira; médica; técnica em enfermagem; uma recepcionista, um vigilante e uma auxiliar de serviços gerais. As consultas são agendadas previamente, no momento da coleta do material empírico, a UBSF estava sem médico, o mesmo, segundo o relato da enfermeira encontrava-se de férias e seu cronograma não foi disponibilizado. O cronograma da Enfermagem é organizado com base nos programas propostos pelo Ministério da Saúde com base em uma demanda programada, cada dia da semana é destinado a um determinado programa, a saber: saúde da criança; hiperdia e saúde da mulher. Todavia, é destinado duas consultas de enfermagem por turno para a demanda espontânea, ou seja, em casos de intercorrências, casos esses que não se enquadram no atendimento programado do dia.

A Unidade José Pinheiro I foi projetada fisicamente para ser uma UBSF, ou seja, apresenta uma estrutura adequada para oferecer serviços de saúde, possui rampa de acesso para cadeirantes. Apresenta uma localização central e de fácil acesso, com ruas asfaltadas e sinalizadas. Sua estrutura física é composta por: sala de espera; dois consultórios médicos; dois consultórios de enfermagem; uma sala de vacina; uma sala de triagem, farmácia; um auditório para as reuniões; um consultório odontológico; dois banheiros e uma copa. Tendo em vista atender as duas equipes de Saúde da Família, é composta por, dois profissionais médicos; duas enfermeiras; duas técnicas em enfermagem; duas recepcionistas, um vigilante e duas auxiliares de serviços gerais. As consultas são agendadas, esse agendamento é realizado todas segundas feiras nos turnos da manhã e da tarde, assim os usuários precisam comparecer na UBSF, exclusivamente na segunda feira para marcar a consulta para atendimento médico, odontológico ou de enfermagem. O cronograma da Enfermagem é organizado com base nos

programas propostos pelo Ministério da Saúde, ou seja, em uma demanda programada, cada dia é destinado a um determinado programa, a saber: saúde da criança; hiperdia e saúde da mulher. Também são realizadas reuniões com objetivo de realizar atividades educativas com grupos prioritários da atenção primária, a saber: hipertensos; diabéticos e gestantes.

Na Unidade Básica de Saúde Francisco Brasileiro, a estrutura física não foi projetada para oferecer serviços de saúde é uma residência adaptada para funcionar como uma UBSF. Situada numa área de grande abrangência e de fácil acesso, com ruas asfaltadas. É composta fisicamente por uma sala de espera; recepção; sala de imunização; farmácia; sala de triagem; dois consultórios médicos; dois consultórios de enfermagem; dois banheiros; uma copa e um consultório odontológico desativado. A equipe de saúde é formada por duas enfermeiras, duas médicas, duas recepcionistas; duas técnicas em enfermagem; um vigilante e uma auxiliar de serviços gerais. Como a equipe é mínima de acordo com os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, há a ausência do cirurgião-dentista, os usuários são referenciados para o Centro de Saúde Francisco Pinto, localizado no centro da cidade para o atendimento em saúde bucal. O cronograma de atendimento é organizado da seguinte forma: um dia da semana para realizar consulta de Pré-natal; outro para as consultas de puericultura e um dia destinado especificamente para entrega da medicação, nos outros dias o atendimento é caracterizado por demanda espontânea.

### **3.3 Colaboradores do Estudo**

Foram colaboradores da investigação os profissionais da Estratégia Saúde da Família e usuários cadastrados nas referidas Unidades Básicas de Saúde da Família. Os profissionais que participaram da pesquisa foram: enfermeiros; técnicos em enfermagem; agentes comunitários de saúde (ACS); cirurgião-dentista; médicos; recepcionistas; vigilantes, e; auxiliares de serviços gerais.

Por ser tratar de uma pesquisa com cunho qualitativo, a amostra foi aleatória, e constituída por 24 usuários e 16 profissionais das Unidades supracitadas. Sendo 03 enfermeiras; 01 médico; 01 dentista; 02 técnicas em enfermagem; 05 ACSs; 02 recepcionistas; 01 auxiliar de serviços gerais e 01 vigilante. Dentre os usuários 14 são da Unidade José Pinheiro I, 05 da Unidade José Pinheiro II e 05 da Unidade Francisco Brasileiro.

A definição do número de entrevistados não se fez com base em amostragem probabilística, sendo esse número delimitado pela saturação dos discursos (BAUER; AARTS, 2002).

### 3.4 Critérios de inclusão e exclusão

- Por acessibilidade;
- Indivíduos de ambos os sexos;
- Ter maior de 18 anos;
- Está cadastrado nas Unidades de Saúde da Família (UBSFs), do Distrito Sanitário I, critério esse estabelecido para os usuários;
- Profissionais da Equipe de Saúde da Família que fazem parte das referidas UBSFs há pelo menos um ano.

Foram excluídos da pesquisa os participantes que não se enquadraram nos critérios supracitados.

### 3.5 Coleta do Material Empírico

Os dados foram produzidos/coletados através da observação participante; entrevista semiestruturada, a saber:

- **Observação sistemática:** não é propriamente uma técnica de coleta de dados, mas tem por objetivo favorecer o acesso ao cenário cultural dos participantes da pesquisa, no intuito de conhecer a relação sistêmica entre os diferentes elementos que os cercam, explorando o contexto profissional do qual fazem parte (ANGROSINO; PÉREZ, 2000);

- **Entrevista semiestruturada:** as fontes primárias foram coletadas à partir de entrevistas semiestruturadas, aplicadas à população alvo. Segundo Richardson (2008), a entrevista semiestruturada, ajuda ao entrevistado a dar maior importância ao tema ou ao problema em questão, utilizando uma conversa fluida e guiada para um melhor resultado da pesquisa. As entrevistas foram gravadas por equipamento de gravação de voz, onde ficaram armazenadas para em seguida ser realizada a transcrição eficaz dos depoimentos e análises do conteúdo. Assim, para atender aos objetivos propostos nesta pesquisa teremos dois grupos de entrevistados, são eles: usuários cadastrados em UBSFs do Distrito Sanitário I e profissionais pertencentes às referidas unidades, portanto teremos dois modelos de entrevista semiestruturada:

Entrevista semiestruturada que foi realizada com os usuários, tendo como norte as seguintes questões:

1. Qual o meio de locomoção que você utiliza para chegar até a Unidade que você é cadastrado?;
2. Quais as dificuldades que você encontra para chegar até a unidade?;

3. O que você acha da estrutura física da Unidade que você é cadastrado?;
4. Quais as dificuldades você encontra quando procura assistência na unidade?;
5. Quais as facilidades você encontra quando procura assistência na unidade?

Entrevista semiestruturada que foi realizada com os profissionais de saúde, tendo como norte as seguintes questões:

1. O que você entende pelo termo acessibilidade?;
2. Quais as estratégias são operacionalizadas por você e pela Equipe de Saúde da Família para garantir a qualidade no acesso dos usuários na unidade em que você trabalha?;
3. Como você avalia a estrutura física e a localização geográfica da Unidade que você trabalha?;
4. Para você, quais são as possibilidades para garantir a qualidade no acesso dos usuários na Unidade que você trabalha?;
5. Quais são os limites?

As entrevistas ocorreram individualmente nas dependências das Unidades da ESF, em ambiente reservado, favorecendo uma melhor comunicação entre entrevistado e entrevistando. As entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2012 à janeiro de 2013.

Os entrevistados foram identificados conforme a ordem das Unidades entrevistadas. Os Usuários são identificados pela letra “U” de U1 até U24 e os Profissionais pela letra “P” de P1 até P16.

### **3.6 Tratamento e análise do Material Empírico**

Para o tratamento do material empírico, a análise temática de conteúdo foi utilizada tendo como base o referencial de Bardin (2009) que pressupõe três etapas básicas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. A pré-análise refere-se à organização de todo o material para a constituição do *corpus*, orientado pelos objetivos, pelo objeto da investigação e pelo referencial teórico. A descrição inclui a codificação através das unidades de registro e a interpretação inferencial se faz a categorização que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns, observando-se os critérios de exaustividade, de representatividade, de homogeneidade e de pertinência. A discussão objetivou melhor compreender o tema sob investigação, propondo sentidos úteis e novos subsídios que possibilitaram a intervenção

rápida e ágil dos profissionais em direcionar as ações em saúde, garantindo qualidade no acesso aos serviços de saúde.

A esse respeito, podemos informar que através dos depoimentos que emergiram das entrevistas encontramos significados para a categoria temática: *Realidade da acessibilidade no território da Estratégia Saúde da Família*, bem como, para a categoria temática: *Limites e possibilidades para a acessibilidade no território da Estratégia Saúde da Família* e suas respectivas subcategorias apresentadas no Quadro Sinóptico abaixo:

QUADRO 1. Quadro sinóptico para categorias temáticas da análise sobre a Acessibilidade no território da Estratégia Saúde da Família. Unidades Básicas de Saúde da Família do Distrito Sanitário I - Campina Grande – PB, fevereiro de 2013.

<b>ACESSIBILIDADE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	
<b>Categoria 1:</b> Realidade da acessibilidade no território da Estratégia Saúde da Família	<b>Categoria 2:</b> Limites e possibilidades para a acessibilidade no território da Estratégia Saúde da Família
<b>Subcategoria 1.1:</b> Significados atribuídos à acessibilidade <b>Subcategoria 1.2:</b> Localização geográfica das UBSFs <b>Subcategoria 1.3:</b> Estrutura Física <b>Subcategoria 1.4:</b> Resolutividade <b>Subcategoria 1.5:</b> Profissionais de saúde	<b>Subcategoria 2.1:</b> Limites na acessibilidade - Demora na realização de consultas especializadas e marcação de exames; - Baixa Procura da comunidade pelos serviços de saúde; <b>Subcategoria 2.2:</b> Possibilidades para acessibilidade - Trabalho em equipe; - Educação em saúde; - Visita domiciliar; - Humanização/ acolhimento

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

### 3.7 Aspectos Éticos

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foram adotados os princípios éticos dispostos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), deixando os colaboradores esclarecidos e livres para participarem da pesquisa, estando cientes do nosso objetivo e do direito de interromper sua participação no momento que lhes convier.

Além disso, seguimos as observâncias éticas que se referem à autonomia – liberdade dos usuários participarem ou não do estudo. Como também, as observâncias éticas que se



referem à garantia da privacidade, do anonimato e do sigilo dos colaboradores (BRASIL, 2012). No que tange à pesquisa qualitativa, em específico, a privacidade e o anonimato dos depoimentos prestados foi garantido utilizando-se letras e números para designar os entrevistados.

As informações sobre a pesquisa (identificação dos pesquisadores, objetivos do estudo, relevância, metodologia) foram repassadas aos participantes, com a assinatura, em seguida, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que os mesmos atestaram a voluntariedade de participação no estudo, a retirada, a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos pessoais e profissionais, garantia de esclarecimento antes, durante e depois da pesquisa e a autorização do conteúdo da entrevista. O processo de pesquisa iniciou-se após aprovação de protocolo de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba no documento CAAE - 0430.0.133.000-12.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O produto resultante das entrevistas realizadas junto aos pesquisados – usuários e profissionais da equipe de saúde da família incluiu as categorias e suas respectivas subcategorias, apresentadas abaixo:

### 4.1. Categoria 1: REALIDADE DA ACESSIBILIDADE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta categoria apresentaremos os significados atribuídos pelos profissionais da equipe de saúde da família e usuários sobre a Realidade da acessibilidade no território da saúde da família da região geopolítica administrativa do Distrito Sanitário I, em Campina Grande – PB.

A acessibilidade pode ser avaliada como um elemento da mensuração da qualidade do serviço, bem como um instrumento público que permite ampliar ou melhorar um serviço de saúde. Para Lora (2004), a acessibilidade é tida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população, no processo de busca e obtenção da atenção. Podemos ver a acessibilidade como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos e a busca e obtenção da atenção à saúde.

Neste estudo, a acessibilidade foi entendida como as características da organização da oferta dos serviços de saúde que contribuem para uma maior ou menor utilização desses serviços, por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **Subcategoria 1.1:** Significados atribuídos à acessibilidade

Com relação ao significado do termo acessibilidade apresentado nos depoimentos dos profissionais da equipe de saúde da família podemos perceber significados atribuídos a núcleos de sentidos como: *direito de receber cuidados de saúde e capacidade de ingressar em determinado lugar.*

Nesse âmbito, reconhecemos a acessibilidade aos serviços e atendimentos do SUS como uma das estratégias para garantir o princípio da integralidade das ações de saúde, o que corrobora com os direitos fundamentais assegurados na Constituição Federal do Brasil.

Assim a *acessibilidade* remete-nos à compreensão do acesso como a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. A esse respeito, as falas obtidas nos depoimentos dos profissionais da equipe de saúde da família apresentam o seguinte contexto:

*“É você ter portas abertas para ter suas necessidades atendidas em alguma coisa, por exemplo, acesso à saúde, à educação”.* (P1)

*“... acesso a uma pessoa, ou exames, ou encaminhamentos”.* (P9)

*“Bem, eu entendo que é a facilidade que o usuário vai ter com a unidade e com o serviço prestado a ele.”* (P13)

*“Acesso, a questão do direito do usuário”.* (P16)

*“Acesso é entrada, abertura, ingresso, poder chegar...”* (P11)

Ao tratar a questão do acesso a partir das possibilidades de aproximação com os serviços de saúde, deve-se ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda e uma visão técnica relativa, à planificação e organização da rede de serviços (JESUS, 2010).

Ao estabelecer uma relação desta definição com os serviços de saúde, pode ser entendida como “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade (JESUS, 2010).

Diante do exposto, é preciso considerar a dimensão política que orienta o acesso, como responsabilidade do Estado, que deve ser garantido pela distribuição planejada de recursos da rede de serviços, levando em conta a localização geográfica da unidade, a disponibilidade dos serviços e a articulação entre os serviços que compõem a rede, de acordo com as demandas e necessidades da população (ASSIS, 2003). Confirma-se a necessidade de uma atuação que busque a construção de um vínculo entre usuários e trabalhadores, com garantia de acesso a ações de saúde pelos usuários, bem como reorganização dos serviços e a qualidade da assistência.

### **Subcategoria 1.2:** Localização Geográfica das UBSFs

Nessa subcategoria foram enquadrados os discursos dos usuários e profissionais acerca da localização geográfica. Ao serem questionados sobre a forma de locomoção até a unidade cadastrada e sobre as dificuldades encontradas no acesso à mesma, a grande maioria relatou

não necessitar de nenhum meio de transporte, por morarem perto os mesmos iam a pé até as respectivas unidades. Conforme expressos nos relatos:

*“Não pego condução, moro aqui perto, venho sozinho a pé.” (U6)*

*“Geralmente de moto, mas como eu vim com o carrinho de bebê hoje, tive que vim a pé.” (U12)*

*“De pé mermo, moro aqui perto, num gasta nem cinco minutos não.” (U16)*

A proximidade dos serviços ao local de moradia dos usuários como importante referência para o acesso tem sido discutida por vários autores. O Ministério da Saúde, ao optar pela expansão de serviços de atenção básica, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), parte do entendimento de que serviços dessa natureza, com características de porta de entrada, devem ser mais próximos da população e de mais fácil acesso (AZEVEDO, 2007).

O que podemos observar nesse estudo é que a questão geográfica relativa à mobilidade das pessoas, não foi considerada empecilho para a não utilização dos serviços em nenhuma das três unidades pesquisadas.

Quanto aos profissionais, ao serem questionados sobre a localização geográfica, todos relataram que as Unidades têm uma boa localização geográfica, facilitando o acesso da população adscrita, o que pode ser corroborado com os seguintes discursos:

*“... a localização geográfica é bem central, na área de abrangência.” (P3)*

*“Em relação à localização, é satisfatória, porque fica no centro das comunidades, isso facilita o acesso ao pessoal da área”. (P9)*

*“... a localização apesar de ser na divisa com o Santo Antônio e José Pinheiro, fica tudo próximo, no centro das comunidades.” (P10)*

Na visão dos profissionais de saúde e usuários a localização geográfica dos serviços é um dos fatores que poderia interferir na acessibilidade, todavia as unidades pesquisadas estão localizadas de forma estratégica no território onde as famílias cadastradas residem, o que sugere uma análise preliminar de todo território, bem como das territorialidades, antes da adoção da ESF numa determinada região. Tal análise pode garantir uma melhor localização geográfica, facilidade de transporte e diminuição de queixas em relação ao território de abrangência.

### **Subcategoria 1.3: Estrutura Física**

Ao serem questionados sobre a estrutura física das Unidades, a maioria dos usuários estavam satisfeitos com a estrutura física. Quanto aos profissionais, a maioria relatou que a

Unidade não estava adequada para um bom atendimento aos usuários. O que pode ser constatado com os relatos a seguir:

*“Pela quantidade de pessoas que frequentam aqui, acho que deveria ser maior, as salas são muito apertadas”. (U1)*

*“...a estrutura é bacana, né?! É grande, bem espaçoso, e tem lugares pra gente sentar, só as vezes que quando tem muita gente, a gente tem que ficar em pé, mas é muito boa aqui, é bem grande.” (U8)*

*“Tá precisando de uma reforma, o piso tá acabado, o banheiro tá precisando de passar por uma reforma. Precisa de mais estrutura nos consultórios.” (U21)*

*“... o ambiente falta várias salas, por exemplo, falta a sala do dentista, era pra ter uma estrutura completa para garantir a qualidade do atendimento.” (P2)*

*“... a Unidade num tem condições de ser um PSF, não tem sala de curativo, o banheiro é único, não tem sala de reuniões.” (P4)*

*“A estrutura física é regular, veja como é a cama das gestantes, vendo a hora elas caírem, o banheiro não tem estrutura, o acesso pra cadeirante é difícil, sala de palestra não temos.” (P16)*

*“Temos uma boa estrutura na UBSF, é nos modos preconizados pelo Ministério da Saúde.” (P10)*

Foi possível verificar que as opiniões divergiram entre usuários e profissionais de uma mesma Unidade.

Para Coelho (2009) fatores relacionados ao ambiente favorecem a satisfação de trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, propiciam melhor atendimento para os usuários que buscam a unidade de saúde.

Um estudo de Piccini et al. (2006) nos mostra que 59,8% dos prédios de UBSFs no Brasil não são adequados para o acesso de portadores de deficiência física. A inexistência de rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas ou rampas sem corrimão também configura um grande problema encontrado.

Essa realidade pôde ser comprovada nesse estudo, onde apenas uma das três Unidades pesquisadas tinha rampa e corrimão que permite o acesso de cadeirantes ao serviço de saúde. Ao contrário do que determina as normas de acessibilidade da ABNT, que prevê que os locais de utilização pública e privada de uso comunitário devem ser adaptados, com o objetivo de promover a maior acessibilidade possível aos indivíduos, e que as rampas não podem ter pisos escorregadios e obrigatoriamente devem ter corrimãos (ABNT, 2001).

É recomendação do Ministério da Saúde que a estrutura mínima de uma unidade de atenção básica possua: sala de recepção com espaço adequado para receber e acolher os usuários; local para arquivos e registros; local para cuidados básicos de enfermagem, como curativos e outros procedimentos; sala de vacinação, um consultório médico; um consultório

de enfermagem; sanitários; espaço para atividade de grupo; clínica odontológica e acesso para cadeirantes. A unidade de saúde de atenção primária deve estar equipada para garantir uma atenção de qualidade à população sob sua responsabilidade, permitindo manejar todos os problemas de saúde comuns em sua população (MOURA et al., 2008).

Conforme foi observado, a falta de uma estrutura física adequada impossibilita a satisfação do serviço prestado, não só por parte dos usuários, mas também dos profissionais, pois as condições precárias de trabalho podem causar conflitos com a população impedindo um atendimento de qualidade.

Nesse ínterim, a estrutura física pode ser apontada como um fator que dificulta a acessibilidade, visto que, construções antigas, adaptadas, pouco iluminadas, com organização de ambientes e espaços inadequados e falta de privacidade comprometem a qualidade da assistência aos usuários.

#### **Subcategoria 1.4: Resolutividade**

A Estratégia Saúde da Família expressa um movimento de ruptura com o modelo assistencial de saúde médico-privatista caracterizado pela valorização da especialidade e conseqüente fragmentação do sujeito. Todavia, insere-se num cenário de mudança de paradigma, em que as ações primárias de saúde visam resolver os problemas de saúde da comunidade.

A resolutividade dos serviços pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e, o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de Atenção Primária à Saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde (TURRINI et al., 2008).

Ao serem questionados sobre quais as facilidades que encontram quando procuram assistência nas UBSFs em que são cadastrados, uma boa demanda de usuários relatam satisfação no atendimento, o que pode ser observado nos seguintes discursos:

*“Tudo rápido, atendimento, tudo é fácil.” (U14)*

*“O atendimento da enfermeira é muito bom”. (U17)*

*“A dentista é muito boa, num instante marca. A doutora é super ótima”. (U18)*

*“A consulta é boa, se for pra pegar receita, eu também consigo com a médica.” (U21)*

A resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela (DUTRA, 2009).

Nesse ínterim, constatamos que a Atenção Básica tem um papel fundamental na resolutividade das demandas dos usuários, através da integralidade das ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da comunidade. Portanto, quando essa não se efetiva ocorrem problemas em relação ao acesso e ao atendimento, impondo aos usuários retorno frequente aos serviços de saúde.

### **Subcategoria 1.5: Profissionais de saúde**

Com relação ao atendimento prestado pelos profissionais da Equipe de Saúde da família mostra-nos que os usuários percebem o acesso como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a receber bem todos que procuram os serviços de saúde. Assim é o que identificamos nos seguintes depoimentos:

*“Pra ir pra dentista, pra fazer exame de lâmina, acho tudo muito fácil aqui, tudo que eu preciso eu encontro aqui nesse posto.” (U13)*

*“A dentista é muito boa, o atendimento é bom.” (U15)*

*“A puericultura das crianças é muito boa, elas são muito bem acompanhadas pela enfermeira”.*  
(U22)

Para SCOCHI *et al.* (2008) é importante que os trabalhadores de saúde observem e considerem a satisfação dos usuários e sua opinião sobre a necessidade de oferta de outras atividades na unidade de saúde já que essa aceitabilidade dos serviços contribui para sua maior utilização.

Neste sentido a busca do usuário pelo serviço de saúde se dá pela percepção que ele tem do serviço ofertado. Portanto, a acessibilidade pressupõe uma atitude de equipe, com o comprometimento em receber, escutar e assistir os usuários de forma humanizada. Assim, entendemos que essa é a lógica de humanizar que esperamos, é o do saber, da comunicação, da construção de relações mais recíprocas e íntegras que está inclusa a proposta da humanização, da acessibilidade e do acolhimento.

## **4.2.Categoria 2: LIMITES E POSSIBILIDADES NA ACESSIBILIDADE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Nesta categoria apresentaremos os significados atribuídos pelos profissionais da equipe de saúde da família e usuários sobre os limites e possibilidade na acessibilidade no território da saúde da família da região geopolítica administrativa do Distrito Sanitário I, em Campina Grande – PB.

Quando questionados sobre as facilidades e dificuldades para garantir o acesso nas UBSFs estudadas, profissionais e usuários mencionaram a medicação. O que pode ser observado nos relatos a seguir:

*“A medicação em questão de comprimido pra adulto é muito rápida a entrega...” (U12)*

*“...O rapaz do medicamento não está aqui”. (U10)*

*“No momento a única dificuldade que ta tendo é o medicamento que ta demorando muito a ser entregue e ta muito escassa.”. (P14)*

Tais situações trazem implicações na qualidade e resolutividade do atendimento, no que diz respeito à oferta de medicamentos aos usuários que, por sua condição socioeconômica, podem não ter como arcar com os custos da compra. Ademais, a obtenção de medicamentos gratuitamente é descrito em diferentes estudos como reflexo da organização dos serviços e dos recursos disponíveis para fornecê-los à população (DUTRA, 2009).

Portanto, o não fornecimento de medicamento pode provocar insatisfação tardia, o que levará o paciente a considerar o seu problema não resolvido. Este fato pode incentivá-lo a procurar outra unidade visto que a unidade de referência no momento não está disponível para atender tal demanda (MARTINS, 2006).

O modo de organização do sistema de saúde brasileiro estrutura-se numa rede assistencial hierarquizada que tem na atenção básica sua porta de entrada, a qual deve ter o acesso facilitado (AZEVEDO, 2007).

Devido à grande problemática que compõe esta dimensão, para satisfazer as respostas dos demais entrevistados, foi necessária a criação de duas subcategorias: Limites na acessibilidade e Possibilidades para a acessibilidade.

### **Subcategoria 2.1: Limites na acessibilidade**

Ao serem questionados sobre os principais fatores que dificultam o acesso nas Unidades pesquisadas, profissionais e usuários, apontam como a principal causa, a demora na realização de consultas especializadas e marcação de exames. Como se justifica nos depoimentos:



*“... falta de especialidades para dar seguimento ao tratamento do paciente.” (P1)*

*“A marcação dos exames, tem exames que ficam meses aqui, isso dificulta o acesso dos usuários a Unidade, tipo pra o Neuro, isso prejudica muito.” (P7)*

*“A marcação de exames e consultas especializadas, dificulta o trabalho da enfermeira e da médica, e de certa forma, isso afasta os usuários da Unidade.” (P15)*

*“Na marcação de consulta, porque tem que chegar muito cedo... E a demora pra atender, porque eu ainda tenho que cuidar do almoço.” (U7)*

*“Dificuldade de encaminhamento para neurologia, reumatologia, mas temos facilidade para cardiologia, por exemplo.” (P10)*

A continuidade do cuidado, em outro nível da atenção, quando as tecnologias disponíveis no nível básico já não respondem às necessidades dos usuários, não desresponsabiliza a equipe de saúde à qual os mesmos estão vinculados. Isto porque o acompanhamento sistemático desses usuários é tarefa cotidiana na ESF, e está condicionado ao compromisso (com o outro) tanto de quem encaminha quanto de quem recebe. A comunicação e a troca de informações entre profissionais é muito importante para a função de coordenação atribuída à ESF e para a garantia de continuidade do cuidado (AZEVEDO, 2010).

É possível que entre as diversas causas dessa dificuldade esteja à falta de articulação entre o nível de atenção primária de saúde e os demais níveis do sistema. Diante do impasse, a despeito das limitações econômicas, os usuários que necessitam de um atendimento especializado, como neurológico, psicológico, fonoaudiológico, dentre outros e, em alguns casos, terminam tendo que pagar por um serviço particular (AZEVEDO, 2007).

Neste sentido é importante observar que um tempo de espera excessivo pode causar implicações desfavoráveis com repercussões na qualidade de vida do paciente.

Outro grupo destacou como fator que dificulta o acesso aos serviços de saúde, a marcação e realização das consultas, bem como o tempo que eles esperam para serem atendidos. O que é possível perceber nestes discursos:

*“A marcação de consulta demora... mas quando consegue marcar pra ser atendido é bem rápido, o problema é marcar tem que chegar muito cedo”. (U10)*

*“Pra marcar é rápido, mas essa médica demora pra chegar, aí o atendimento demora, a gente fica a vida aqui esperando”. (U11)*

*“Assim, sempre tem muita gente, aí tem que esperar pra ter a vez, o negócio é pra marcar que demora muito, pra ser atendido demora também.” (U16)*

*“As vezes é o horário que tem que chegar cedo, se não chegar cedo, não pega ficha...” (U21)*

*“Muitas vezes a médica num ta, ta de férias...” (U24)*

Estas dificuldades permanecem como um importante problema de acesso na atenção básica, constituindo, ainda hoje, um desafio para o SUS. Apesar de reconhecidas conquistas neste sentido, haja vista estudos que demonstram o significativo aumento na cobertura da atenção básica, ainda persiste, uma situação na qual os usuários não encontram espaço para o encaminhamento de suas demandas (AZEVEDO, 2010).

Outro fator que dificulta o acesso, mencionado nas falas dos profissionais foi a baixa procura da comunidade pelos serviços de saúde nas unidades pesquisadas:

*“As dificuldades é que muitos deles nem querem vim ao posto.” (P6)*

*“Inúmeros. Dificuldade de conscientização do usuário de ter participação dentro da Unidade, principalmente dos homens e das gestantes.” (P9)*

*“Os limites são mostrar aos usuários da necessidade de se vir a Unidade”. (P10)*

*”Alguns grupos da comunidade pouco participante...” (P11)*

O estudo de Dutra (2009) nos mostra que os principais motivos pelos quais os usuários não procuram a Unidade, são devido à grande espera para marcação de consultas e demora no atendimento. O que pode ser corroborado com relatos dos usuários analisados anteriormente.

Para Pinheiro et al. (2002) tanto o não atendimento quanto a não procura pelos que manifestaram alguma necessidade de saúde, podem indicar uma demanda reprimida, e essa demanda reprimida pode ser avaliada pelas respostas dadas para os motivos do não atendimento e da não procura, e evidenciam barreiras ao acesso, anteriores à procura.

Nesse ínterim, entendemos que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, no entanto, o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990). Ou seja, a participação da comunidade constitui um dos princípios fundamentais para efetivação dos serviços e ações do SUS, devendo não apenas ser estimulada, mas, e sobretudo, promovida pelos profissionais da ESF, conforme determinação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Ainda no tocante às dificuldades para garantir o acesso nas Unidades pesquisadas, ao serem indagados, uma parte dos usuários relataram não encontrar nenhuma dificuldade para ter acesso aos serviços de saúde. O que pode ser corroborado nas falas a seguir:

*“Não encontro nenhuma dificuldade nem com o médico, nem com a enfermeira, nem com a marcação de consultas, e nem com outra coisa.” (U6)*

*“Nenhuma, por enquanto, agora nenhuma.” (U20)*

*“Eu não vejo nenhuma dificuldade aqui não, sabe? Quando eu chego eu sou atendida logo.” (U13)*

Em geral os usuários que participaram do estudo estão satisfeitos com o serviço de saúde das UBSFs avaliadas, uma vez que a maioria declarou como bom o serviço recebido.

É possível que esses resultados favoráveis se relacionem com outros fatores decorrentes do receio por parte do usuário de perder o direito ao serviço, mesmo ele sendo precário, assim como questões políticas, ou ainda pelo modesto nível de exigência da população de baixa renda em relação à qualidade dos serviços (DUTRA, 2009).

Diante do exposto, acreditamos que para efetiva integração entre comunidade e a equipe que trabalha na atenção básica de saúde, torna-se imperante desenvolver a capacidade de escutar e ter disponibilidade para pensar e sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço nos âmbitos da coexistência social.

## **Subcategoria 2.2:** Possibilidades para acessibilidade

Com relação à possibilidade de reorganizar e buscar um novo contexto, garantindo assim, qualidade no acesso aos serviços oferecidos no âmbito da ESF, podemos perceber os seguintes significados atribuídos pelos profissionais a núcleos de sentidos como: *trabalho em equipe; integralidade da assistência; educação em saúde; ampliação da cobertura da visita domiciliar e humanização/acolhimento.*

Sob a ótica, dos profissionais percebemos através dos depoimentos, que o trabalho em equipe é uma das propostas de reorganização do processo de trabalho, como mencionado a seguir:

*“A interação da Equipe, todo mundo tendo uma visão comum. A equipe unida é essencial, tendo planejamento para cumprir as metas. Porém tem que haver uma harmonia com o sistema, ele tem que colaborar.” (P1)*

*“... O trabalho em conjunto tem contribuído bastante. (P4)*

*“Aqui todos trabalham juntos, isso já possibilita o acesso.” (P8)*

*“Os profissionais, como médico, enfermeira, dentista, farmácia, todos trabalham de maneira em conjunto, a gente procura atender da melhor forma possível os pacientes.” (P12)*

*“... o trabalho em equipe.” (P16)*

O trabalho em equipe tem ocupado uma posição de destaque na proposta da ESF como um importante recurso de trabalho, na medida em que leva a um rompimento da dinâmica dos serviços centrados na figura do médico, configurando-se a possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (LEITE, 2008).

Nesse âmbito, o trabalho coletivo e cooperativo estabelecido através de uma rede de relações, daria forma ao processo de produção de saúde, ao mesmo tempo em que a interação e o diálogo permanentes seriam responsáveis pela construção de práticas de intervenção em saúde, com vista a garantir o acesso. Desse modo é reafirmado a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades.

No tocante a integralidade, para alguns profissionais das Unidades estudadas, a marcação de consultas é uma possibilidade para garantir a qualidade do acesso por parte dos usuários:

*“Sempre a marcação de consulta é importante... (P6)*

*“A marcação já é uma possibilidade, existe um dia para cada consulta.” (P7)*

*“Questão de agendamento com retorno.” (P9)*

Nessa perspectiva, a integralidade é entendida como uma das diretrizes do SUS que preconiza o acesso da população ao sistema nos diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político. Por isso, a integralidade vem subsidiando outras discussões de maior amplitude, já que o conceito constitucional não tem dado conta de explicar a magnitude e a complexidade das dimensões estruturais, políticas, subjetivas e técnicas que estão envolvidas nos saberes e nas práticas integrais em saúde no contexto brasileiro (PINHO et al., 2007).

Como se pôde notar, a integralidade não se reduz apenas à atenção em saúde nos diferentes níveis de complexidade, mas amplia as possibilidades de olhares para o assunto tendo por base à resolutividade, a problematização, a interlocução de saberes e práticas e as relações dialógicas e interprofissionais como eixos de construção da saúde como princípio e diretriz constitucional.

Assim, o agendamento prévio da consulta humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e prioriza casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, permitindo assim alterar o modelo exclusivo do pronto atendimento. Ademais, auxilia as equipes de saúde a atender melhor à demanda assistencial propiciando

uma maior vinculação com a população adstrita, assim como a responsabilização com as necessidades de saúde dos usuários (DUTRA, 2009).

No que diz respeito à *Educação em Saúde* é vista pelos profissionais como estratégia para conscientização da população, garantia do acesso, e sobretudo, na participação popular nos serviços de atenção primária, é o que podemos constatar nos seguintes depoimentos:

*“... se faz reunião com os grupos, porque tem dia de hipertenso, de pré-natal. Dentro das reuniões eles vêem a necessidade e as dificuldades dos usuários.” (P7)*

*“... fazemos semanalmente reuniões com os usuários, orientando a necessidade da procura ao atendimento e de manter uma saúde de qualidade. A partir destas palestras se faz o agendamento, nunca volta o paciente, por mais que demore ele será atendido...” (P9)*

Em estudo realizado a educação em saúde foi identificada pelos enfermeiros como um importante elemento do trabalho da enfermagem na atenção básica, e também como uma prática capaz de favorecer a implementação dos princípios do SUS, principalmente a participação da população, quando realizada em grupos organizados da comunidade (SILVA, 2006).

Nesse sentido, o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Assim, educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

Com relação aos significados que dizem respeito à *visita domiciliar* também foi mencionada pelos profissionais entrevistados como uma das possibilidades para a garantia a qualidade do acesso. Como é possível perceber:

*“Bem, assim... Os que podem locomover, vêm até a Unidade, os que não podem a gente vai até eles, independente do que for, curativo, vacina, hiperdia...” (P4)*

*“Em primeiro lugar, a gente faz visita, nesta visita, entra a busca ativa, a gente orienta as famílias e tenta sensibilizá-las da importância de ir até a Unidade. A gente tem que ter uma auto estima pra trazer esses usuários. O agente tenta cativar as famílias, com isso os usuários se sentem acolhidos pra vim pro posto.” (P14)*

*“Além de todas as coisas que competem à Atenção Básica, a gente faz visita domiciliar para acamados...” (P16)*

A visita domiciliar corresponde a uma das principais atividades do Agente Comunitário de Saúde e é através dela que o profissional efetua o cadastramento e acompanhamento das famílias, trabalho educativo, orientações de promoção da saúde e prevenção de doenças, marcação de consultas e até mesmo o encaminhamento para a unidade de saúde, quando julgar necessário (DUTRA, 2009).

Diante do exposto, entendemos a visita domiciliar como uma ferramenta de assistência à saúde que objetiva também orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que as famílias atendidas tenham condições de se tornarem autônomas e corresponsáveis no cuidado à saúde. Sobretudo proporciona a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde e o fortalecimento do vínculo e humanização na atenção às famílias.

No tocante, à *humanização/acolhimento* apresentaremos a percepção dos profissionais da ESF acerca das possibilidades de reorientar as diretrizes do modo de produção em saúde ancorada de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS:

*“A gente busca a humanização.” (P3)*

*“Bom atendimento e ajudar os outros nas suas necessidades por meio do acolhimento.” (P5)*

*“Eles atendem direito, tem boas conversas com os pacientes”. (P8)*

*“Primeiro, é a busca, depois o acolhimento e por último o atendimento.” (P12)*

Nesse contexto, o acolhimento, por evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos, se constitui em tecnologia para a reorganização dos serviços no território da Estratégia de Saúde da Família, por ser, na concepção de Campos, (2006) uma das principais estratégias utilizadas para transformações sobre o processo de trabalho em saúde que pode garantir o acesso e a humanização da relação instituição/usuário.

Com isso, os dados mostrados nos permitem dizer que os resultados foram importantes para sinalizar os aspectos que se apresentaram como dificultadores e facilitadores do acesso e utilização dos serviços pela da população aos serviços de Atenção Primária à Saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi exposto, pode-se informar que os objetivos foram alcançados, uma vez que, buscou-se analisar o acesso aos serviços de saúde em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) no município de Campina Grande-PB, sob a ótica dos usuários e profissionais. Observou-se que a existência de serviços, associada à ampliação da cobertura da atenção básica, ainda que importante, não implica o acesso efetivo.

Foram identificados os elementos facilitadores e dificultadores para a garantia do acesso nas UBSFs. Para os usuários os elementos dificultadores que se destacaram foram: tempo prolongado para marcação e realização de consultas médicas; marcação de exames e grande tempo de espera para serem atendidos. Porém, uma vez marcada a consulta, a qualidade do atendimento foi um fator que possibilitou o acesso na visão dos usuários, acrescentando ainda, a dispensação da medicação, ou seja, o não fornecimento de medicamento pode provocar insatisfação, o que levará o usuário a considerar o seu problema não resolvido. Este fato pode incentivá-lo a procurar outra unidade visto que a unidade de referência no momento não está disponível para atender tal demanda, ou mesmo não procurar outros serviços, buscando outras alternativas para contornar suas necessidades de saúde.

Para os profissionais, os elementos que facilitam o acesso são: trabalho em equipe; integralidade; educação em saúde; visita domiciliar e acolhimento/humanização. Como dificultadores, destacaram-se: baixa procura pelos serviços nas UBSFs por parte da comunidade; estrutura física inadequada para atender a demanda e demora para marcação de exames e consultas especializadas.

A análise do acesso revelou aspectos já conhecidos da atenção à saúde no Brasil. Porém, este estudo mostra a existência de lacunas no sistema que podem comprometer toda a sua estrutura de organização e funcionamento. Foi possível perceber também, que diferente de outros estudos realizados acerca da acessibilidade, a localização geográfica não foi um elemento que pudesse dificultar o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelas UBSFs investigadas.

Portanto, o estudo contribuiu para identificar que os usuários têm acesso ao serviço procurado, porém faz-se necessário maior empenho dos gestores e gerentes das unidades para garantir a resolubilidade, humanização e integralidade da assistência, além de melhorar o serviço quanto à oferta e a estrutura física.

De posse desses resultados, as instâncias executivas e legislativas municipais, o Conselho Municipal de Saúde e os demais agentes interessados na saúde da população,

passam a contar com um conjunto de informações, que lhes ajudarão na formulação, avaliação e acompanhamento das políticas no setor. De forma, a garantir a efetivação dos princípios básicos do SUS: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; descentralização; e integralidade de assistência.



## REFERÊNCIAS

ABNT. **NBR 9.050: 1994. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano.** Rio de Janeiro: ABNT; 2001.

ANGROSINO, M.V.; PÉREZ, A.M. Rethinking observation: from method to context'. In: DENZIN, N.Y.; LINCOLN, Y.S. (Eds.). **Handbook of Qualitative Research.** 2ª ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000. p. 673-702.

ASSIS, M.M.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.8, n.3, julh. 2003.

AZEVEDO, A.L.M. *Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada* [dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

AZEVEDO, A. L. M. de; COSTA, A. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface** Botucatu [online]. 2010, vol.14, n.35, pp. 797-810. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832010000400007&script=sci\\_abstract&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832010000400007&script=sci_abstract&tlng=p)>. Acesso em 15 out. 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 20ª ed. Lisboa: Edições 70 ; 2009.

BAUER, M.W; AARTS, B.A. **A construção do corpus: um princípio para coleta de dados qualitativos.** In: BAUER, M.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 39-63.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde e Educação.** Botucatu, v.9, n.17, mar./ago 2005. p. 389-394.

BRASIL. **Cartas dos direitos dos Usuários da Saúde.** Brasília, 2006a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)> Acesso em: 07 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS – Brasília: CONASS, 2011. (3): 28-70.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.** O SUS de A-Z: Garantindo saúde nos municípios. 3.ed. Brasília: 2009. 447 P. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 56 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 27/03/2013.

\_\_\_\_\_. **Manual instrutivo do programa nacional para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica. PMAQ-AB.** Portaria n. 1654, de 19 de julho de 2011. Brasília, 2011a. Disponível em: < [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/165/pmaq-manual-instrutivo-\[165-040412-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/165/pmaq-manual-instrutivo-[165-040412-SES-MT].pdf)>. Acesso em 20 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria n°. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 12 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução n°. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

CARVALHO, C.A.P.; MARSICANO, J.A.; CARVALHO, F.S.; et al. **Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde.** Arq Ciênc Saúde. 2008 abr/jun; 15(2):93-5.

CECÍLIO, L.C.O.; **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/ Uerj-Abrasco; 2009. p.117-130.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B.; ARAUJO, M.E. Acesso por meio do Acolhimento na Atenção Básica à Saúde. **Rev. Baiana.** 2009, v.33, n.3, p. 440-452.

DUTRA, I.R. **Acesso e utilização aos serviços de atenção primária à saúde pela população urbana no município de Jequitinhonha** [Dissertação de Mestrado]. Minas Gerais: Escola de Enfermagem da UFMG; 2009.

FERNANDES, H. da C. L. **O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família.** São Paulo. 2010. 100 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010).

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa.** 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, G. M.; **Acolhimento: um processo em construção.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2009. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

FONTENELLE, L.F. Mudanças Recentes na Política Nacional de Atenção Básica; uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de família e comunidade.** 2012; v.7, n.22. [online]. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/417>>. Acesso em 09/10/12.

FORTES, C. V. **Estratégias para garantia da equidade no acesso aos serviços de saúde em unidades de saúde da família: uma revisão de literatura.** Universidade Federal do Rio grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social. Porto Alegre, 2009. 35 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública).

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção primária à saúde.** In: GIOVANELLA, L.et al. (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HAMMAD, V. de M. **A importância do acolhimento como prática no atendimento dos serviços de saúde.** Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais, 2010. 27f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

JESUS, W. L. A. de and ASSIS, M. M. A.Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**[online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 161-170.

LEITE, R. F. B. and VELOSO, T. M. G.Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2008, vol.28, n.2, pp. 374-389.

LORA, A P. **Acessibilidade aos serviços de saúde; um estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no município de Pedreira-SP.** SP [s.n.]; 2004.

MARTINS, G. P. **Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de Uberaba:** acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: HUCITEC. 1996.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª ed. São Paulo: Hicitec: 2008.

MOURA, B.L; FONSECA, J.V; FERREIRA, M.E.R., et al. Avaliação da qualidade na atenção básica. **Rev. Eletônica enferm. global.** v.12, fev. 2008.

O'DONNELL, W. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820-2834, dez. 2007.

PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 2006;11(3):657-667.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-702, 2002.

PINHO LB, KANTORSKI LP, SAEKI T, DUARTE MLC, SOUSA J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2007;9(3):835-46.

PINTO, H.A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. Informe Técnico Institucional. Trabalho em Saúde. **Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2012. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.tempusactas.unb.br%2Findex.php%2Ftempus%2Farticle%2Fdownload%2F1131%2F1044&ei=9NV9UOW7OIyN0QGssDoAQ&usg=AFQjCNFm8XXxuU7R67BIDnVgVP0VrARlhg&sig2=AGNHw0sc-ZmXsLUZQllsFQ>>. Acesso em 14 out. 2012.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2008.

SANTOS, D.L.; GERHARDT, T.E. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. 2008; 29(1):129-36.

SANTOS, I.M.V. dos and SANTOS, A.M. dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. salud pública** [online]. 2011, vol.13, n.4, pp. 703-716. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642011000400015](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000400015)>. Acesso em 09/10/12.

SCOCHI, M.J.; OLIVEIRA, M.L.F. de.; WAIDMAN, M.A.P. et al. Capacitação das equipes locais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 183-192, 2008. Suplemento 1.

SILVA, F. T. da. **A prática do acolhimento na organização do processo de trabalho**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Bocaiuva, 2010. 24f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SILVA, J.E.S; MEDINA, M.G; AQUINO, R. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras Saúde Mater Infant**.2011, v.10, Suppl 1, p. 49-60.

SILVA, L. M. V. da.; ESPERIDIÃO, M.A.; VIANA, S.V., et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. [online]. 2010, v.10, suppl.1, pp. s131-s143. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500012)>. Acesso em 16 out. 2012.

SILVA, M.A.; OLIVEIRA, A.G.B. Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enferm**. 2006;11(2):143-9.

SILVA, R. C. P. da; ARIZONO, A. D. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas**, UNITAU. Volume 1, número 2, 2008. Disponível em:<<http://www.unitau.br/revistahumanas>>. Acesso em 7/10/12.

SOUZA, E. C. F. de. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, suppl.1,

pp.100-110. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300015&script=sci_abstract&tlng=pt).> Acesso em 02 out. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. 1a ed. – Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, Mar. 2008.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequinhonha, Minas Gerais**. 2010. 125 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008 – primary health care (now more than ever)**. Geneva: WHO, 2008.

# **ANEXOS**

## ANEXO I



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PROFESSORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.<sup>a</sup> Dra. Denílida Pedrosa da Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

### **PARECER DO RELATOR: (3)**

Número do parecer: 0430.0.133.000-12

Pesquisador: Prof.<sup>a</sup> SANDRA DOS SANTOS SALES

Data da relatoria: 28/11/2012

**Apresentação do Projeto:** O Projeto intitulado "ACESSIBILIDADE; sob a ótica de usuários e profissionais de saúde no âmbito da Estratégia da Família" apresentada ao CEP-UEPB para parecer e análise com fins de avaliação do TCC da aluna Larissa Nayane Braz do Nascimento do curso de Enfermagem da UEPB .

**Objetivo da Pesquisa:** O projeto tem como objetivo geral "Analisar a acessibilidade em Unidades Básicas da Família (UBSF) no município de Campina Grande-PB."

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não apresenta riscos aos envolvidos na presente investigação.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente estudo é do tipo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. O estudo analisará a acessibilidade aos serviços de saúde em Unidades Básicas do Município de Campina Grande-PB.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

No referido projeto constam todos os termos exigidos os pela Res. 196/96 CONEP-MS.

**Recomendações:** Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apresento parecer **Aprovado**, tendo em vista que a mesma atende às exigências da Res. 196/96 CONEP-MS.

**Aprovado** (  )

**Pendente** (  )

**Retirado** (  ) – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

**Não Aprovado** (  )

**Cancelado** (  ) - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
PRORETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof<sup>a</sup> Dra. Dornácia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa





# APÊNDICES

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**ACESSIBILIDADE: sob a ótica de usuários e profissionais de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho **ACESSIBILIDADE: sob a ótica de usuários e profissionais de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família** terá como objetivo geral Analisar a acessibilidade em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), no município de Campina Grande- PB.

Ao voluntário só caberá a autorização para a realização da entrevista semi-estruturada não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8800-7566 com Sandra dos Santos Sales.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e

uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

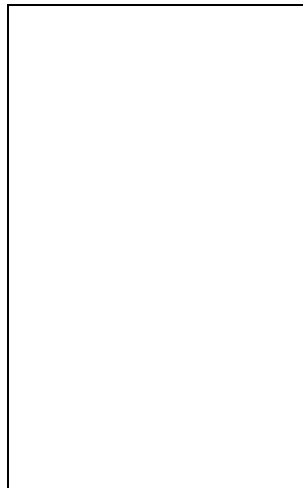
Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a fingerprint signature.